

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Depresión en Internas del pabellón A, B y C del Penal de Mujeres de Chorrillos,  
2017

Para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Heraida Valle Beizaga

Lima – Perú

2018

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios por su bendición mis padres, hermanos, sobrinos, amigos y maestros de la Universidad inca Garcilaso de la Vega con cariño.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo a mis maestros de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega a los profesionales del Inpe, a la Directora Dra. Jany Avalos Moya, Lic. Marlene Guzmán por los permisos otorgados y alas internas del penal por su apoyo y a la Dra. Edith Olivera por sus enseñanzas.

## **Presentación**

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento de las normas de la Directiva 003-FPsyTS-2016 de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, presento ante ustedes mi trabajo de investigación denominado “Depresión en Internas del pabellón A, B, C en Establecimiento Penal Mujeres de Chorrillos” con el fin de optar por el título profesional de licenciada en psicología, bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA.

Asimismo, señores miembros del jurado agradeceré su evaluación sea favorable y pueda concluir satisfactoriamente esta etapa de mi carrera profesional.

Atentamente

Heraida Valle Beizaga

## ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I: Planteamiento del Problema	15
1.1. Descripción de la realidad problemática	15
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema general	17
1.2.2. Problema específico	17
1.3. Objetivos de la investigación.	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. Justificación	18
CAPÍTULO II: Marco Teórico Conceptual	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Investigaciones a nivel internacionales	20
2.1.2. Antecedentes nacionales	22

2.2. Bases teóricas	24
2.2.1. Teorías de Enfoque Psicológicos de la depresión	25
2.2.2. Enfoque psicodinámico	25
2.2.3. Enfoque humanista existencial	26
2.2.4. Enfoque conductual	26
2.2.5. Enfoque cognitivo conductual	27
2.2.6. Enfoque sistemático	27
2.2.7. Teorías biológicas de la depresión	28
2.2.8. Teorías psicosociales	28
2.2.9. La terapia cognitiva de la depresión	29
2.3. Definición conceptual	31
2.3.1. Síntomas psicológicos de la depresión	31
2.3.2. Los síntomas pueden ser psíquicos y somáticos	33
2.3.2.1. Psíquicos	33
2.3.2.2. Somáticos	34
2.3.3. Dimensiones del inventario de depresión Beck II-(BDI-II)	34
2.4. Causas de la depresión en los presos	35
2.5. Tipos de Depresión	35
2.5.1. Episodio depresivo leve	36
2.5.2. Episodio depresivo moderado	36
2.5.3. Episodio depresivo grave	37
2.6. Depresión en presos	37
2.7. Tipos de tratamiento de la depresión	38

2.7.1. Terapia psicológica	38
2.7.2. Otros tratamientos	40
CAPÍTULO III: Metodología	42
3.1. Tipo y diseño utilizado	42
3.1.1. Tipo y enfoque	42
3.1.2. Diseño de investigación	42
3.2. Población y muestra	42
3.2.1. Población	42
3.2.2. Muestra	43
3.3. Identificación de la variable y su operacionalización	44
3.3.1. Operacionalización de la variable	44
3.4. Técnicas e instrumento de evaluación y diagnóstico	46
3.4.1. Técnica	46
3.4.2. Instrumentos	46
CAPÍTULO IV: Procesamiento, presentación y análisis de los resultados	49
4.1. Procesamiento de los resultados	49
4.2. Presentación de los resultados	49
4.2.1. Presentación de los resultados por Objetivo General	51
4.2.2. Presentación de los resultados por Objetivos Específicos	52
4.3. presentación de los resultados en gráficos	51
4.3. Analisis y discusion de los resultados	55
4.4. Conclusión	57
4.5. Recomendaciones	58

CAPÍTULO V: PROPUESTA PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	59
5.1. Denominación del programa	59
5.2. Justificación del programa.	59
5.3. Estableciendo objetivos	60
5.3.1. Objetivo General	60
5.3.2. Objetivos específicos	60
5.4. Sector al que se dirige	60
5.5. Establecimiento de conductas problemas /metas	60
5.5.1. Conductas Problemas.	60
5.6. Metodología de intervención	61
5.7. Instrumentos/material a utilizar	62
5.8. Cronograma	63
5.8.1. Cronograma	63
5.8.2. Desarrollo de las sesiones	64
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	77
Anexo 1. Matriz de consistencia	81
Anexo 2. Carta de presentación	82
Anexo 3. Carta de aceptacion de la institución	83
Anexo 4. Tabla de dimensión area cognitiva	85
Anexo 5. Cuestionario de Inventario de depresión	87
Anexo 6. Fotos de la aplicación de test	91
Anexo 7. Cuestionario proyectivo	76



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable	45
Tabla 2. Estadística de fiabilidad del instrumento aplicado	48
Tabla 3. Resultado estadístico procesamiento de casos	49
Tabla 4. Estadística de elemento	50
Tabla 5. Procesamiento de casos	50
Tabla 6. Objetivo General	51
Tabla 7. Objetivo Específico N° 1	52
Tabla 8. Objetivo Específico N° 2	52
Tabla 9. Objetivo Específico N° 3	53
Tabla 10. Programa de intervención	63
Tabla 11. Semana 1. Sesión 1	64
Tabla 12. Semana 2. Sesión 2.	65
Tabla 13. Semana 3. Sesión 3.	67
Tabla 14. Semana 4. Sesión 4	68
Tabla 15. Semana 5. Sesión 5	69
Tabla 16. Semana 6. Sesión 6	71
Tabla 17. Semana 7. Sesión 7	72
Tabla 18. Semana 8. Sesión 8	73

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. (Adaptado de Mérida, 2012) Tratamientos psicológicos	39
Figura 2. (Adaptado de Sánchez, 2013) Tratamientos farmacológicos	40
Figura 3. Porcentajes de depresión general	51
Figura 4. Frecuencia del área cognitivo	52
Figura 5. Área afectiva emocional	53
Figura 6. Área física / conductual	54

## RESUMEN

La presente investigación es de tipo descriptivo, diseño no experimental de corte transversal, el objetivo general fue identificar los niveles de depresión en sus dimensiones en internas de los pabellones A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos 2017. El instrumento que se utilizó para la evaluación fue Inventario de Depresión Beck II- (BDI-II) adaptado al Perú. La información fue procesada mediante el programa SPSS 24 aplicado a 50 internas, el instrumento cuenta con tres dimensiones. Área cognitiva nos revela como resultado nivel bajo 1%, nivel promedio 36%, nivel alto 12% y nivel muy alto 50%. Área afectiva/emocional nos da como resultado en el nivel bajo 10%, promedio 90%, y en el Área físico/conductual en el nivel bajo 1%, nivel promedio 36%, nivel alto 12% y nivel muy alto 50%. Es evidente que el índice de depresión en las internas es muy alto. Debido que el personal de área de tratamiento en los penales no se abastece ya que muchos padecen de trastornos psicológicos y emocionales como la depresión.

**Palabra clave:** *Salud mental, Desorden, Psíquico, Terapia, Prisión.*

## ABSTRACT

The present investigation is of non-experimental quantitative design of a descriptive cross-section; the general purpose of our study is to identify the levels of depression in its internal dimensions of pavilions A, B, C, of the Chorrillos 2017 penal establishment. Which was used for the evaluation was Depression Inventory Beck II- (BDI-II) adapted to Peru. In Lima sur Espinoza in 2016, the information was processed through the SPSS 24 program applied to 50 inmates. The instrument has three dimensions. Cognitive area reveals as a result low level 1%, average level 36%, high level 12% and very high level 50%. Affective / Emotional area gives us as a result in the low level 10%, average 90%, high level 0% and very high 0% and in the Physical / Behavioral Area in the low level 1%, average level 36%, high level 12 % and very high level 50%. It is evident that the index of depression in the internal ones has a very high level. Therefore, the personnel of treatment area in the prisons is not supplied as many suffer from psychological and emotional disorders such as depression.

**Keyword:** *Mental health, Disorder, Psychic, Therapy, Prison.*

## INTRODUCCIÓN

La depresión se manifiesta bajo un despliegue de disfraces confusos, hay formas leves de depresión que pueden pasar inadvertidas, y otras que son serias y debilitantes, a veces dura sólo un breve período. La depresión afecta a millones de personas en todo el mundo y se traduce en una gran angustia, sufrimiento y pérdida de vida social y laboral. Las estimaciones indican que al menos entre un veinticinco y treinta y tres por ciento de la población sufre depresión en algún momento de la vida, y es entonces importante comprender a fondo, que más hay detrás del término de la psicopatología clínica, a pesar de tratarse de una dolencia generalizada, por otra parte, existe mucha ignorancia concepciones erróneas respecto a este trastorno. Muchas personas que sufren una depresión no se sienten deprimidas y es que la depresión puede padecerse sin estar triste ni sentirse melancólico.

La sintomatología de la depresión es una enfermedad que afecta al cuerpo, a la mente y a las emociones. Ahora bien, si la vida de una persona transcurre por determinado tiempo dentro de los muros de una cárcel, en donde el deterioro de las condiciones, hacinamiento, trato denigrante, discriminación, abuso, entre otros, son el denominador común, puede inferirse que la persona privada de libertad no es feliz, se entiende la felicidad como sinónimo de satisfacción, y no en un campo, sino en los más importantes de la existencia humana como creerse capaz, tener vínculos cercanos con otras personas y sentirse bien consigo mismo.

Esta investigación proporcionará a las personas afectadas por la depresión, información y orientación a través de los diferentes temas que se presentan. Debe tenerse en cuenta que el presente trabajo no pretende sustituir el tratamiento personalizado ni la evaluación y diagnóstico de un profesional cualificado de la salud mental. En el Perú la situación de las mujeres con conductas delictivas es alarmante ya que el índice de criminalidad es el 6%. Dicho de otra manera, muchas de estas personas están frustradas y acumulan todos sus problemas, generando en ellas tristeza y un desánimo convirtiéndolas en personas deprimidas, siendo hipersensible a la crítica o al

rechazo (Preston, 2002). Esta investigación consta de cinco capítulos sintetizados:

El capítulo I, se presenta el planteamiento del problema seguido por la descripción de la realidad de la problemática, formulación del problema, objetivos y la justificación de la variable a investigar.

En el capítulo II, se describe el marco teórico, haciendo énfasis en los estudios relacionados con la investigación, los antecedentes nacionales e internacionales, las bases teóricas las cuales nos guían al desarrollo de la investigación como las dimensiones del inventario de depresión Beck II-(BDI)II.

En el capítulo III, se desarrolla la metodología de la investigación, llegando a determinar el tipo y diseño de investigación de la nuestra, como la operacionalización de la variable, como la descripción de las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos, y discusión de la presente investigación en base a los antecedentes y bases teóricas, conclusiones y recomendaciones correspondientes a la presente investigación.

Finalmente, el capítulo V, contiene el programa de intervención en respuesta y solución de los resultados de la investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Según los datos revelados de la organización mundial de salud (OMS, 2017) nos indica que cada año se suicidan más de 800.000 personas, debido a la depresión. La depresión es una enfermedad silenciosa, los síntomas pasan de ser percibidos por el entorno, ocasionando el alejamiento de la persona por sentimientos y pensamientos encontrados en él, lo cual le lleva a la persona al suicidio, convirtiéndose en la segunda causa de muertes en el mundo de ambos géneros (varones y mujeres) que oscilan entre las edades 11 a más. La depresión se manifiesta en el sujeto de una manera expresiva, es diferente de lo habitual, cambiando en su comportamiento, en sus estados anímicos y emocionales, ya que son distintos frente a una situación de problema, en donde puede llegar a mostrarse agresiva frente a los demás. La OMS, nos indica que la depresión es un síntoma más que un exceso de melancolía, dado que es un trastorno mental en el que la persona presenta una tristeza constante y una pérdida de interés por las actividades en donde la gente suele disfrutar, conjuntamente por la incapacidad de llevar a cabo tareas diarias durante dos semanas o más.

A nivel mundial, la depresión en la actualidad afecta a cerca de 300 millones de personas, siendo una de las causas de discapacidad, lo cual genera síntomas de sufrimiento, angustia, pérdida de vida social y laboral, lo cual no les permite canalizar las problemáticas que tiene en su vida, como consecuencia de todo ello, les hace más vulnerable a tomar una decisión fatal (OMS, 2017).

Sausa (2017) nos menciona que el ministerio de la salud encontró que en el 70% de los casos de suicidios, una de cada cinco personas sufre de depresión en nuestro país, cifras alarmantes del 2016 muestran que 2 a 3 suicidios por día son cometidos en el Perú, un porcentaje que nos indica que 8.9% de peruanos en algún instante de su vida han tenido un

desencadenamiento de pensamientos llegando a relacionarse con un trastorno mental.

El Perú afrontará diversos casos de muerte, ya que no hay un manejo de prevención adecuado en nuestra población, ni en las autoridades para frenar este índice; las estadísticas que muestra el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado –HideyoNoguchi”, revela que la conducta suicida está relacionada a la depresión, llegando a mostrar cifras considerables en nuestro país, ya que en el 2016 se presentó 334 casos de autoeliminación y el 80% de muertes se originó por diversos problemas anímicos y depresivos.

En el Perú, la situación de las mujeres con conductas delictivas es alarmante ya que el índice de criminalidad es el 6% en aumento en los años 2015 a 2016, haciendo un total de población 4,773 internas recluidas en diferentes establecimientos penales de Perú, siendo el establecimiento penal de Chorrillos Santa Mónica con una población de 748 internas sentenciadas e inculpadas por diferentes delitos con edades de 18 a 60 años a más. Lo cual indica la necesidad de trabajar para identificar el nivel de depresión de las internas de dicho recinto.

Es significativo también mencionar que una gran parte de internos recluidos en establecimientos penales en el mundo y en el Perú la situación de los internos no es ajena pues de igual manera el factor emociones de su situación actual en su vivencia padecen de trastornos psicológicos porque no decirlo sufren sin llegar a tener un diagnóstico de la depresión, el 70% de la población interna aproximadamente presentan estos síntomas de depresión.

El establecimiento penal de mujeres Santa Mónica de Chorrillos, se encuentra ubicado en el departamento de Lima, provincia de Lima distrito de Chorrillos. Dicho de otra manera el establecimiento penal alberga internas como Madres gestantes y /o con niños de 0 a 3 años, internas psiquiátricas o con discapacidad física, dentro de sus características personales de la población podemos encontrar internas iletradas con educación primaria, secundarios completos e incompletos, estudios



técnicos y superiores en menor cantidad así como internas que han estado en centros tutelares, ex consumidoras de drogas y con estigmas degenerativos la mayor cantidad de internas son adultos jóvenes existiendo una población mínima de adultos mayores como también casos madres gestantes y madres de niños menores de tres años.

Al definir el problema estamos tratando de un tema social y de salud que a todos nos involucra, es por ello sobre la base de esta información se puede apreciar pues la mayoría de las Internas son provenientes de hogares disfuncionales donde tuvieron que afrontar problemas de pareja, crisis económicas, culturales, desorganización familiar, ausencia de figuras representativas, aprendizaje de actitudes, comportamientos violentos y experiencia temprana en la calle como antecedentes de víctimas de violación, abandono, de consumo de sustancias psicoactivas a conductas antisociales entre otros, pues en algún momento las internas han enfrentado o vivencian una situación de angustia y depresión.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el nivel de depresión en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal Santa Mónica de Chorrillos?

### **1.2.2. Problema específico**

¿Cuál es el nivel de depresión en el área cognitiva en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos?

¿Cuál es el nivel de depresión en el área física - conductual en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos?

¿Cuál es el nivel de depresión en el área afectiva - emocional en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos?

### **1.3. Objetivos de la investigación.**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de depresión de las internas recluidas en el A, B, C del establecimiento penal santa Mónica de chorrillos.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de depresión en el área cognitiva en internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal santa Mónica de chorrillos.
- Precisar el nivel de depresión en el área física conductual en internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal santa Mónica de Chorrillos.
- Identificar el nivel de depresión en el área afectiva - emocional, en internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal santa Mónica de Chorrillos.

### **1.4. Justificación**

En esta investigación se busca conocer el nivel de depresión de las internas recluidas en el establecimiento penal de chorrillos según sus niveles bajo, medio y alto y muy alto. La depresión es un trastorno de ánimo, pasajero o duradero, pudiendo estar presente todo el día en la persona. Para mitigar este mal se necesita la cooperación de distintos profesionales de la salud incluidos psicólogos, psiquiatras, pediatras, trabajadores sociales, epidemiólogos, etc. Esta intervención está orientada desde modelos comprensivos de vulnerabilidad y de capacidad de recuperación. Todos nosotros nacemos con buena salud al transcurrir el tiempo en nuestras vidas experimentamos situaciones problemáticas en contextos diferentes ya sea a nivel familiar o social generando así diversas

enfermedades psicológicas no logrando afrontar adecuadamente los problemas que se les presentan (Mérida, 2012).

Generalmente, las internas desde el momento que ingresan al establecimiento penal de chorrillos tienen que enfrentar situaciones propias de ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimientos de culpa, pensamientos irracionales, pensamientos de querer suicidarse por el mismo hecho de estar encerrada alejada de su familia y estar privada de su libertad y haber cometido delito ante la sociedad y el propio temor de que alguien le pueda hacer daño hacia su persona. La situación problemática en mención referido a la depresión es un tema de preocupación para el personal de tratamiento en encuentra en vigilia y en constante observación hacia la interna para prevenir una autolesión por los síntomas depresivos en el establecimiento penal.

Es de suma importancia realizar una investigación que sirva como guía y base de otros estudios futuros. A manera de prevención, en familias disfuncionales, en familias de zonas de alto riesgo; en centro laborales etc. esto para que se tome en cuenta las Instituciones Educativas, ministerio de salud e Instituciones que les compete esta problemática.

A nivel práctico con el desarrollo de la investigación se podrá alcanzar los objetivos planteados y servirá como punto de referencia a los directivos del INPE, Poder Judicial, el Ministerio de la Mujer y el Ministerio de Salud.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Antecedentes**

Para una mejor comprensión de la variable a investigar analizaremos diferentes estudios con relación a la depresión en personas privadas de su libertad; para ello presentaremos antecedentes internacionales y nacionales con relación al tema.

##### **2.1.1. Investigaciones a nivel internacionales**

Medina, Cardona y Arcila (2011) estudiaron la relación que tiene el riesgo suicida y la depresión en un grupo de internos de una cárcel de Quindío (Colombia), la cual tuvo busco determinar el peligro suicida y depresión en internos. La metodología que se empleo fue de tipo no experimental, con un corte descriptivo relacional, teniendo como muestra a 34 prisioneros, cuyas edades fluctuaban entre 18 a 51 años, los cuales fueron seleccionados al azar. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario ISO 30 (Inventory of suicide orientación) e IDB (Inventario de depresión de Beck). Consiguiendo como resultados que el 75% de los presos poseen un riesgo suicida moderado o alto y el 56% ostenta una sintomatología depresiva grave y moderada. Llegando a la conclusión que es imprescindible establecer la existencia de factores de riesgo, del mismo modo poder optimar los estudios en esta población, de tal forma favorecerá a poder reconocer y prever el suicidio.

Moreno (2012) en su investigación que se realizó en Quito, Ecuador, tuvo como fin de determinar cómo afecta la depresión en la capacidad mental de las Personas Privadas de Libertad (PPL). Los instrumentos empleados fueron: el inventario de depresión de Beck y el test de Raven, en una muestra la cual estuvo conformada por 293 personas encarceladas del Centro de Rehabilitación Social de Varones Quito N°1. Los resultados obtenidos respecto a la depresión nos indican que el 97% de los presos sufren de algún nivel de

depresión; del mismo modo el 31% de personas demuestran un coeficiente intelectual de bueno, el 69% manifiestan un coeficiente intelectual regular próximo a deficiente. Según los resultados nos demuestran que hay una elevada cantidad de sujetos que son privadas de su libertad las cuales muestran un coeficiente intelectual Bajo, indicando que hay una asociación entre depresión y el bajo coeficiente intelectual.

Irarrázabal (2012) en su estudio sobre la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de medicina, para evaluar se utilizó el Inventario de Depresión de Beck BDI-II y el Inventario de Ansiedad de Beck BAI. La muestra fue de 277 estudiantes de la facultad de medicina, entre los 18 y 38 años del 1ero a 7mo año de estudios. Se empleó un diseño no experimental, de corte transversal descriptivo. Se llegó a la conclusión que los estudiantes presentan sintomatología depresiva y ansiosa, con mayor incidencia en las mujeres, lo cual nos indica que los estudiantes de medicina son más propensos a enfermarse que otros jóvenes que cursan diferentes carreras.

Pizarro, Placencia y Romero (2014) en su estudio de investigación tuvo el objetivo de contribuir a incrementar el conocimiento del grado de depresión asociado al efecto de reclusión en el centro de rehabilitación social de Machala, empleó una entrevista estructurada, en él aplicó una encuesta y el test de Zung anticipadamente validado de tal manera que los encuestados seleccionaron sus respuestas el formulario, lo cual constaba de datos sociodemográficos, preguntas sobre factores asociados a la depresión. El enfoque fue cuantitativo de corte trasversal tuvo como muestra a estudio reclusos de 18 a 81 años de edad, cuya muestra fue de 262 internos, los cuales presentaron un 47.1% de depresión leve en los privados de libertad, con el 35.1% se identificó con un año de reclusión de menos de un año, el delito que más han cometido con el 38.2% personas privadas de libertad, violación tienen una vida sexual activa. Muestra que fue elaborado con el programa EPI INFO7.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Tateishi (2012) en su tesis busco demostrar que los estilos de humor adaptativo pueden atenuar los síntomas depresivos, mientras que los desadaptativos influyen a incrementarlos. La población del estudio estuvo conformada por mujeres adultas, con el diagnóstico de cáncer de mama realizado hace más de 3 meses en un centro especializado en cáncer. Se evaluó un total de 48 pacientes mujeres con edades que fluctuaban entre los 37 a 64 años. Se observó que un porcentaje considerable de participantes provienen de distintas provincias del Perú (58,8%). En relación al lugar de residencia, vemos que el 74.5% vive en Lima. Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación fueron el Cuestionario de Estilos de Humor (Martin, *et. al*, 2003) y el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer& Brown, 1996). Lo cual se concluyó que la depresión se asoció positivamente con no contar con un trabajo, bajo nivel de instrucción y estar hospitalizado.

Cóndor (2015) en su estudio pretendió dar a conocerla relación entre personalidad y resiliencia en presos del Establecimiento Nacional Penitenciario de Huancavelica, utilizaron un diseño de corte transversal, de tipo correlacional, no experimental cuyo muestreo fue probabilístico aleatorio simple. se empleó una muestra conformado por 94 presos, los instrumentos que se utilizaron fueron Inventario de personalidad de Eysenck y el Inventario de resiliencia de Gaxiola, los resultados mostraron que la relación entre personalidad y resiliencia es muy significativa en internos, de tal forma se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación por tanto preciso que del 64,9% de internos que presentan resiliencia baja, el 20,2% presenta temperamento colérico como componente de la personalidad, seguido del sanguíneo, flemático, en menor porcentaje el temperamento melancólico. En conclusión, a lo mencionado el 35,1% de internos que muestran una resiliencia alta, el 13,8% su temperamento es sanguíneo seguido en similar proporción (11 ,7%) el colérico.

Salazar (2015) en su estudio sobre la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. Utilizó un diseño descriptivo-observacional, de corte transversal de naturaleza no experimental. Con una muestra de 104 pacientes seleccionados en los meses de julio a diciembre, los instrumentos empleados fueron Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), APACHE II, Beck Depression Inventory (BDI), así como la valoración de satisfacción del médico tratante. Llegó a la conclusión que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, principalmente en mujeres, sin tener relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a un menor tiempo de estancia hospitalaria. Asimismo, influye mucho el trato dado por el personal que los atiende para minimizar estos estados emocionales. De igual modo influye mucho la edad, ya que, a mayor edad, son más propensos a estar deprimidos y ansiosos.

Turpo y Huarachi (2017) en su tesis mencionó que el objetivo de su investigación fue establecer la relación entre ideación suicida y la depresión en presos por el crimen de violación sexual del establecimiento penitenciario de Juliaca. Como instrumento utilizó la técnica de la encuesta, para la recolección de datos, llegando a aplicar el inventario de Depresión y la escala de Ideación Suicida de Beck II-(DBI-II). La muestra estuvo conformada por 100 presos, de los pabellones A y B por el delito de violación sexual, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional considerando criterios de inclusión y exclusión utilizó una muestra no probabilística. La investigación corresponde a un diseño no experimental de corte transaccional o trasversal, de tipo descriptivo correlacional. Los resultados hallados evidencian que existe una correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida. Se concluye que a mayor depresión mayor es el nivel de ideas suicidas.

Ruiz (2017) en su tesis comparó los niveles de depresión en reclusos consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas de la celda uno, del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario – EPMSC, para su propósito utilizó el

Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II) con quienes aplicó y tomó como muestra un grupo de 27 internos del establecimiento penal. Se utilizó un enfoque cuantitativo, descriptivo no experimental. La investigación mostró que el 80 % de la población de internos que no consume sustancias psicoactivas tienen una depresión mínima y leve, y que la cuarta parte de consumidores tienen depresión severa.

## **2.2. Bases teóricas**

La depresión es considerada un trastorno mental, el cual manifiesta indicadores de tristeza, abulia, culpa, disminución de la autoestima, alteraciones en el sueño o en el apetito, sensación de fatiga y menor concentración (OMS, 2018).

### **Depresión en el Perú**

Garay (2016), postuló que la depresión es el trastorno mental más frecuente en el país. Refiere que un número considerable de un millón, setecientas mil personas la padecen en el Perú, considerando que este trastorno puede aparecer en cualquier etapa de la vida. Precisamente, la mayor parte de esta población no lo considera como un problema grave, a pesar que sus efectos pueden ir desde un daño neuronal hasta la muerte a causa del suicidio.

Fajardo (2015) reveló datos estadísticos preocupantes en su investigación, revela que la prevalencia en la depresión en la población de adolescente es de 8 por cada 100 personas, mientras que en adultos mayores las reacciones depresivas incrementan a 12 por cada 100 personas. Los resultados estadísticos del Instituto Nacional de Salud Mental reflejan que un 20% de las personas con depresión recibe ayuda profesional, ya que la mayoría no acepta que está padeciendo de una enfermedad.



### **2.2.1. Teorías de enfoques Psicológicos de la depresión**

Kernberg (1984) mencionó que la necesidad de darle un abordaje a la persona con depresión se hace sumamente importante desde cualquier punto de vista. El objeto de estas teorías es desarrollar los procedimientos como se llevaría una intervención psicológica desde diferentes modelos de enfoques teóricos en un determinado caso.

### **2.2.2. Enfoque Psicodinámico**

Este enfoque hacen énfasis en los motivos y conflictos inconscientes ligado con el valor de las experiencias anteriores en la explicación de la conducta actual, de tal manera que bajo el pensamiento de que el hombre es un cumulo de instintos en choque con la conciencia moral, la terapia se orientaría a hallar los motivos inconscientes de la conducta la personalidad es un lugar físico interior que se constituye dinámicamente según la historia del sujeto en definitiva entre estas funciones están los mecanismos defensivos y el papel del inconsciente considerando que el psicoanálisis es también en sí mismo un método de investigación como su nombre lo indica, no para la investigación experimental, sino para la exploración de la mente, sea esta normal o anormal. En consecuencia, podemos ampliar que su campo de acción se desborda hasta llegar a la sociedad y el arte utilizando un método que ha generado contribuciones significativas a la comprensión de fenómenos sociales. Es evidente que el psicoanalista no parece estar en contacto directo con la comunidad como grupo social, sino que sus abordajes clínicos lo hacen preferentemente en forma individual. (Phares, 1992).

### **2.2.3. Enfoque humanista-existencial**

Phares (1992), nos indica que el propósito principal de la psicología humanista, es poder comprender al ser humano, ya que este posee la capacidad de tomar sus propias decisiones, para ser una persona sana que autodetermine, autorealiza y pueda difundirse. Este enfoque humanista establece una tercera fuerza en la psicología

estadounidense, los otros dos enfoques psicológicos son: el psicoanálisis y el conductismo. Con respecto a los psicólogos, los humanistas utilizan las más amplias variedades de instrumentos, es decir todas las técnicas científicas oportunos para llegar a la meta, desde lo personal como la introspección y los análisis literarios, teniendo en cuenta la intuición como una fuente de información válida.

#### **2.2.4. Enfoque conductual**

Smith, Sarason y Sarason (1997) refirieron que el enfoque conductista tiene sus raíces en la tradición filosófica del empirismo, en relación al concepto que tiene sobre el hombre, lo cual nos dice que este es un ser vivo a las contingencias ambientales. Dado que es el producto de la interacción entre estímulos y asociaciones, el condicionamiento por castigos y recompensas como lo refiere el condicionamiento clásico, y el condicionamiento operante o por consecuencias, considerando esto, se buscaría las consecuencias con las que se relaciona y que motiva la conducta del individuo. De tal modo una vez reconocidos aquellos indicadores que refuerzan la depresión se asociarían con otros que la contrarresten, este tipo de terapia pretendería un cambio del medio ambiente si lo requeriría la persona. Se haría una continuidad de las acciones que la conducen a su estado de depresión para poder identificar el círculo vicioso que va de la indagación de ayuda hasta el rechazo de aquellas personas en las que intenta encontrar refugio.

Se relaciona también la teoría conductual con otras corrientes, ya que está dedicada a la psicología experimental, llegando incluso a experimentar con animales para posteriormente trasladar los resultados a los humanos. En el caso de la depresión lo que haría es recompensar la conducta deseable y no recompensar la indeseable con el objeto de reducir la frecuencia del comportamiento.

### **2.2.5. Enfoque cognitivo-conductual**

Este enfoque parte de que la actividad cognitiva determina el comportamiento humano, asimismo considera que el cambio conductual depende de aspectos cognitivos, que surgieron de la variación de los aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados.

Clapier-Valladon (1987) nos muestra que la psicología cognoscitiva toma un interés en la conducta del sujeto, y busca por ello, las variables cognoscitivas de ello, de tal modo el intelecto vuelve a encontrar así, un lugar predominante en la personalidad. El enfoque cognoscitivo destaca la forma en que el hombre procesa en su mente, evalúa y reacciona en función de sus planes y previsiones pues ésta se centraría en el análisis de los constructos que motivan la conducta del paciente puesto que su percepción es la realidad imaginaria donde se mueve. Con respecto al abordaje terapéutico, Cuando el diagnóstico es depresión, se sugiere la programación y ejecución de actividades graduales conjuntamente con reestructuración cognoscitiva. En una fobia social, se utilizará entrenamiento en manejo de la ansiedad en situaciones interpersonales, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia cognitiva. Los tics o hábitos nerviosos se trabajan con procedimientos de condicionamiento operante. En estos ejemplos se explica su relación con lo conductual donde técnicas como la desensibilización sistemática surgidas del condicionamiento están presentes en la terapia.

### **2.2.6. Enfoque sistémico**

El hombre es un ente importante dentro de un sistema donde su movimiento puede modificar toda la organización y la reestructuración de la organización justificado en las normas, proponía a partir de 1960 la utilización de un modelo de sistemas para estudiar la personalidad y sus características (Clapier-Valladon, 1987). Lo maravilloso de la terapia sistémica se trabaja bajo varios sub-enfoques tanto

psicoanalistas, conductistas o humanistas. Entre las técnicas de intervención utilizadas en la intervención comunitaria, estarían la focalización, dramatización, e intensidad que indagan las pautas comunicativas dentro del grupo o la familia. Esta teoría, como lo hemos antedicho trabaja con principios terapéuticos tanto del psicoanálisis, el humanismo y el conductismo por lo que su intervención en áreas como la investigación y la docencia van en el mismo sentido, aunque con un enfoque sistémico.

#### **2.2.7. Teorías biológicas de la depresión**

En esta teoría se resalta la jerarquía del sistema neuroquímico del cerebro en el trastorno depresivo, lo cual se basa, en algunos de los siguientes neurotransmisores del sistema nervioso central: serotonina, dopamina, acetilcolina, indolamina, noradrenalina, de tal forma podemos concluir que la depresión es causada por una alteración en la regulación de la facilitación e inhibición conductual, así como también, en la respuesta ante el estrés, procesos biológicos y procesamiento ejecutivo cortical de la información. Estas alteraciones pueden ser adquiridos o heredados por sucesos estresantes y su vulnerabilidad biológica (Gasto, 1998) pueden ser heredados o adquiridos por sucesos estresantes y su vulnerabilidad biológica.

#### **2.2.8. Teorías psicosociales**

Martínez (2008), mencionó que existen lazos entre la depresión y algunos factores como la cultura, la raza y el apoyo social. Asimismo, se indica que el nivel de estrés social es frecuente y persistente, impactando en la percepción del mundo. Aumenta la posibilidad de sufrir una depresión. De tal modo afirmó que el rompimiento de la relación matrimonial, el estar divorciado, pertenecer a clases inferiores, inadecuada situación económica, inestabilidad laboral, el vivir aislado, las dificultades familiares, etc. Constituyen como factores a las causas sociales para la aparición de la depresión.

Por otro lado, Martínez (2008), señalo que existe la más alta prevalencia para mujeres que para hombres. Existe una justificación sociocultural que sostiene que las complejidades de los roles de la mujer en la sociedad, la dejan predispuesta a la depresión.

Según dichos autores, podemos indicar que existen factores de riesgo asociado a la depresión, como lo son: la separación matrimonial, La inadecuada situación económica, dificultades familiares que existe mayor prevalencia en las mujeres, los cuales para fines de esta investigación están siendo tomadas en cuenta y así poder establecer cuales están prevalentes.

#### **2.2.9. La Terapia Cognitiva de la Depresión**

El modelo propuesto por Beck (como se citó en Figueroa, 2002), nos menciona muy detalladamente como transcurre la depresión y síntomas concernientes, a su vez nos da un plan de intervención sistematizado

Beck nos menciona un modelo estructural, el cual trata de describir cómo funciona el cerebro, tanto normal como con el trastorno depresivo. Lo cual nos indica que hay un filtro que plantea múltiples situaciones, los cuales el denomina esquemas, las cuales se encargarían de regular las interpretaciones cotidianas, los cuales va generando un significado diferente a las situaciones que vive.

La depresión en la investigación de Beck se vuelve muy importante y se convierte en el cuadro central propuesto por teórico Beck lo cual él denominó tríada cognitiva. Lo cual en primera instancia se refirió a una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que sufre de depresión, utiliza un pensamiento negativo sobre sí mismo, observándose como un individuo indigno, desvalorizado. Sobresale sus aspectos negativos y no observa nada positivo ni bueno de sí. Por lo tanto, Beck plantea un modelo estructural para manifestar el funcionamiento psicológico tanto normal como patológico. En primer lugar, propone la existencia de una suerte

de filtro o plantilla mental con la cual la persona afrontaría las diferentes situaciones; los denomina cuadros o esquemas, los cuales serían en última instancia los responsables de la regularidad en las interpretaciones cotidianas.

En el entorno de la Terapia Cognitiva, la idea de esquema debe ser comprendida como un conjunto de significados característicos con los cuales la persona va dando sentido a las diferentes etapas vitales. Como, por ejemplo, la persona calificaría lo laboral, por el puesto de trabajo y el nivel económico que tiene la persona, asimismo en el atractivo sexual, observarían la vestimenta, el cuidado personal, el aspecto físico. Beck menciona que las personas con depresión tratan de minimizarse y tener pensamientos negativos de ella, no valorando sus logros, lo que le generaría problemas con su entorno social y familiar, lo cual lo frustraría ya que tendría problemas sociales, por lo tanto, el individuo no gozaría de situaciones que normalmente le son gratificantes.

La depresión se muestra como un conjunto de síntomas de tipo afectivo, a su vez presenta los síntomas de forma cognitiva volitivo y somático ya sea en mayor o menor grado, un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observados poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, en la lentitud de la psicomotriz, tono de voz bajo, llanto fácil o espontáneo, reducción de la atención, verbalización de ideas pesimistas y alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.

La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares. La depresión se consigue iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la vida del sujeto, lo que le generaría problemas en los múltiples aspectos de su vida.

## 2.3. Definición conceptual

Retamal (1999) mencionó que la depresión es una alteración de ánimo, que consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para apreciar placer en las actividades habituales y seguidas de diversos síntomas psíquicos y físicos.

Asimismo, Sausa (2002) afirmó que la depresión es un estado de abatimiento, sentimiento de indignidad y de culpa la misma sensación de soledad ausencia de motivación, retrasó motor y de fatiga se puede convertir en un trastorno psicótico donde la persona queda incapacitada para actuar normalmente.

En la clasificación de enfermedades mentales y del comportamiento (CIE 10, 2003) el trastorno depresivo está clasificado entre los trastornos de humor (afectivo) es decir que la sintomatología de la depresión se caracteriza por la presencia de humor depresivo, pérdida de capacidad de interesarse y de regocijarse de las cosas, la disminución de energía y la reducción de las actividades, de atención y concentración pérdida de confianza en sí mismo.

La depresión es muy común en el ser humano, sin embargo, de la misma manera que sucede con otras preocupaciones o problemas emocionales, la mayoría de la gente se siente inhibida o avergonzada de confesar a otros que está o ha estado deprimida (Preston, 2002).

### 2.3.1. Síntomas psicológicos de la depresión

**Tristeza y desesperación:** Las personas se sienten tristes, solos, en ocasiones hasta la compañía les molesta. Con frecuencia éstos son los síntomas que más dañan y los que son más obvios. Otros sentimientos relacionados pueden incluir las sensaciones de vacío, de estar abrumado, la melancolía y la decepción. Los aspectos físicos de este síntoma son pesadez, especialmente en la boca del estómago y textualmente referido como “dolor de corazón”. (Preston, 2002).

**Autoestima baja:** Las personas tienen una falta de confianza y odio a uno mismo, se sienten poco valoradas, no se sienten dignas de recibir afecto de los demás.

**Apatía:** La persona muestra una falta de interés en las actividades que antes les gustaba, ya nada los motiva. Se presenta la falta de motivación para realizar las cosas; el retiro de la vida social, decadencia en el nivel de actividad y/o la restricción de las actividades vitales.

**Problemas personales:** Muchas personas están frustradas y acumulan todos sus problemas, luego son una olla a presión. Cuando una persona se siente deprimida, generalmente, es hipersensible a la crítica o al rechazo.

**Sentimiento de culpa:** Todo el tiempo se están echando la culpa. Es normal y adecuado tener sentimiento de arrepentimiento o remordimiento cuando se comete un error o se lastima a alguien sin intención.

**Pensamiento negativo:** Hay varias personas que se sienten que no pueden aportar algo bueno. Olvida que hace pocos días tenía una gran facilidad para las relaciones sociales, tiene la idea que es un estorbo. Los psicólogos usan el término, distorsiones cognitivas, para referirse a la tendencia a pensar de manera pesimista y negativa.

**Pensamiento suicida:** El pensamiento acerca del suicidio es algo extremadamente común en el transcurso de la depresión. Muchas personas tienen la idea de acabar con su vida, piensan que sus problemas no tienen solución. En momentos, este pensamiento llega al delirio que puede ser de culpa y ruina u obsesionarse con enfermedades inexistentes, e incluso pensar en suicidarse como única salida a su situación.

**La pérdida del apetito:** En cualquiera de los casos, es preciso que el síntoma dure al menos dos semanas para considerar la existencia de un trastorno depresivo. Tiene menos apetito, puede



aparecer estreñimiento y disminución de peso que a veces puede ser muy importante.

Los síntomas que se presentan en el niño, adulto y anciano, no serán iguales al igual que en el hombre y la mujer y a la vez habrá distintas estrategias para hacer frente a estos trastornos en el individuo.

### **2.3.2. Los síntomas pueden ser psíquicos y somáticos**

#### **2.3.2.1. Psíquicos**

**Alteraciones en la afectividad:** La persona se encuentra con sentimientos de minusvalía hacia sí misma. Los sentimientos más frecuentes son la tristeza, la desesperanza, la desmotivación, el pesimismo, el llanto, la incapacidad para pensar situaciones agradables y no poder realizarlas, al igual la ansiedad, la apatía,

**Fallos de la atención y de la memoria:** Se vuelven más constantes las distracciones, los olvidos aumentan. La poca energía utilizable se la guarda para sí mismo. Está convencido de que nadie puede entender lo que le sucede. En ocasiones, estos fallos pueden dar lugar en personas mayores a confusiones con cuadros de tipo demencial.

#### **Alteraciones del comportamiento**

**Aislamiento:** la persona se aleja de su entorno social, busca estar apartado de su entorno.

**Inhibición:** La persona está dominada por un repliegue general del Yo, se siente internado en sí mismo, quieto, sentado o acostado largas horas, indiferente a lo que lo rodea. Su temática depresiva, todo lo que hace le da igual se pregunta constantemente.

### **2.3.2.2. Somáticos**

**Alteración del sueño:** La persona depresiva le cuesta conciliar el sueño, asimismo se despierta más temprano de lo acostumbrado o se despierta entre noche.

**Alteraciones de apetito:** Desorden en su consumo alimenticio puede tener un incremento o disminución del consumo de alimentos, en ciertas ocasiones podría decirse que padece de estreñimiento.

**Alteración de libido:** La presencia de los problemas psicológicos personales bloquea la falta de interés en el sexo, asimismo, disfunción eréctil.

**Somatización:** Es un padecimiento repetido en la donde la persona muestra síntomas físicos que implican más de una parte del cuerpo, pero no puede aparecer ninguna causa física; sin embargo, el dolor y otros síntomas que las personas experimentan son reales y no son creados ni simulados. Los síntomas pueden modificar su comportamiento parcial y completamente el funcionamiento en su rol social, familiar y laboral.

### **2.3.3. Dimensiones del inventario de depresión Beck II-(BDI-II)**

Son 21 los indicadores en sus tres dimensiones del inventario de depresión Beck, dividido en tres áreas, área cognitiva, área física /conductual y área afectiva / emocional. Inicialmente propuesto por Beck es uno de los instrumentos más utilizados para determinar y ver la valoración de la gravedad de la depresión. Por lo que consideramos las propiedades psicométricas del examen acreditan su uso en la población a investigar, tanto en lugares clínicos, para el estudio en investigación, y la detección de la presencia y de la gravedad de la sintomatología de la depresión en adultos y adolescentes, según sus dimensiones (Beck, Steer y Brown, 2006).

## 2.4. Causas de la depresión en los presos

Son varios factores que pueden intervenir en el progreso y mantenimiento de la depresión. Las causas se manifiestan de diferentes formas en las internas del establecimiento penal.

Se mencionará algunos factores principales que llevan a la ansiedad y, por lo tanto, a la depresión, en un preso son como sigue:

- **Recuerdos de hechos delictuosos:** El tiempo que se encuentran en prisión, los delincuentes por el hecho de estar encerrados tienden a revivir los momentos de su crimen o delito. Por lo tanto, eso hace que contengan sentimiento de culpabilidad y arrepentimiento constante, tener estos pensamientos, puede dar lugar a una depresión severa.

- **Prisión:** Restringir a las internas del penal en un espacio cerrado, hace que anhelan sus días pasados de su libertad en el mundo exterior. El tener conocimiento de que va a estar un buen tiempo en la prisión puede llevar a la depresión intensa a la interna.

- **Vida con otros presos:** La convivencia, el compartir cuarto, alimento y servicios de los presos con otros presos les genera de modo inmediato ansiedad ya que puedan ser violentos y agresivos ellos y consigo mismos, les despierta sensaciones serias de la inseguridad y del miedo en la mente del preso. El compartir cuarto, alimento y servicios.

- **Ausencia de expectativas hacia el futuro:** la interna no puede controlar su presente y ello conlleva a no poder planificar su futuro pues se siente atrapada en el tiempo generándole angustia encaminándole a una depresión severa.

## 2.5. Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos, los más comunes son: trastorno depresivo leve, moderado, alto y muy alto; que generan al sujeto un desorden mental por situaciones cognitivas, física conductual y afectivas emocionales (CIE-10, 2003).

### **2.5.1. Episodio depresivo leve**

La persona que padece un episodio depresivo leve, debe cumplir diversos criterios de un episodio depresivo. Debe presentarse al menos dos o tres síntomas los cuales mostraremos a continuación:

1. Humor depresivo que se presenta la mayor parte del día y que tenga una duración de dos meses.
2. Pérdida de interés en las actividades.
3. Decaimiento de la energía o aumento del cansancio

El paciente que presenta depresión tiene que mostrar uno o más síntomas de la lista que se mostró con anterioridad en los síntomas depresivos y esto pueda ayudar para la suma de al menos de cuatro síntomas.

1. Pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autoestima.
2. Sentimientos culpa.
3. Ideas irracionales recurrentes respecto a la muerte.
4. Baja capacidad para concentrarse e indecisión.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, acompañada de agitación o cansancio.
6. Alteraciones del sueño.
7. Cambio en el apetito.

### **2.5.2. Episodio depresivo moderado.**

Este episodio depresivo, se muestra de manera más intensa, ya que normalmente se presentan de cuatro a más síntomas, generando en la persona de que no pueda realizar ningún tipo de actividad.

### **2.5.3. Episodio depresivo grave.**

Las personas que padecen este episodio depresivo, muestran síntomas significativos, llegando a afectar principalmente a la autoestima, manifestándose el sentimiento de culpa, las ideas irracionales de suicidio y otros, obteniendo una puntuación total de ocho síntomas la cual se llega a clasificar este episodio depresivo.

## **2.6. Depresión en presos**

Los internos en su mayoría no están conscientes de que tiene un episodio depresivo y han acuñado ese término más coloquial para cuando atraviesan por esa situación.

Vivas (2009) manifestó que la depresión es un desequilibrio emocional y mental que todos llegamos a padecer alguna vez en nuestras vidas dicho de otra manera por crisis o tensiones prolongadas o fuertes impresiones repentinas que suceden en momentos inesperados.

Los reclusos con deficiencias mentales existentes tienen mayor riesgo de daños mentales agudos. Cuentan con pocos recursos con los cuales puedan sobrellevar un entorno carente de privacidad, a menudo tenso y violento. Al estar deprimidos, en ocasiones con pensamientos psicóticos y suicidas, tienen un mayor riesgo de deterioro emocional, con un grave riesgo de dañarse a sí mismos, dañar a otros o a ser seriamente dañados. En ocasiones los reclusos con deficiencia mental son asignados a un espacio separado en condiciones extremadamente inferiores con un acceso más restringido a alimentos, higiene e instalaciones de salud. En algunos países los reclusos con deficiencia mental son sujetados físicamente, por lo regular con cadenas, de manera constante. Los estudios indican que las reclusas con necesidades de cuidados de salud mental están en riesgo especial de abuso, auto agresión y deterioro del bienestar mental en los recintos penitenciarios. Las mujeres que no tenían problemas de salud mental antes de su encarcelamiento pueden desarrollar varias deficiencias mentales en prisión, donde no se sienten seguras, las condiciones son malas, los dormitorios son hacinados y el personal no está

capacitado para manejar los experimentos de apoyo psicosocial específico de género.

Otros efectos negativos del encarcelamiento están presentes también en las mujeres peruanas.

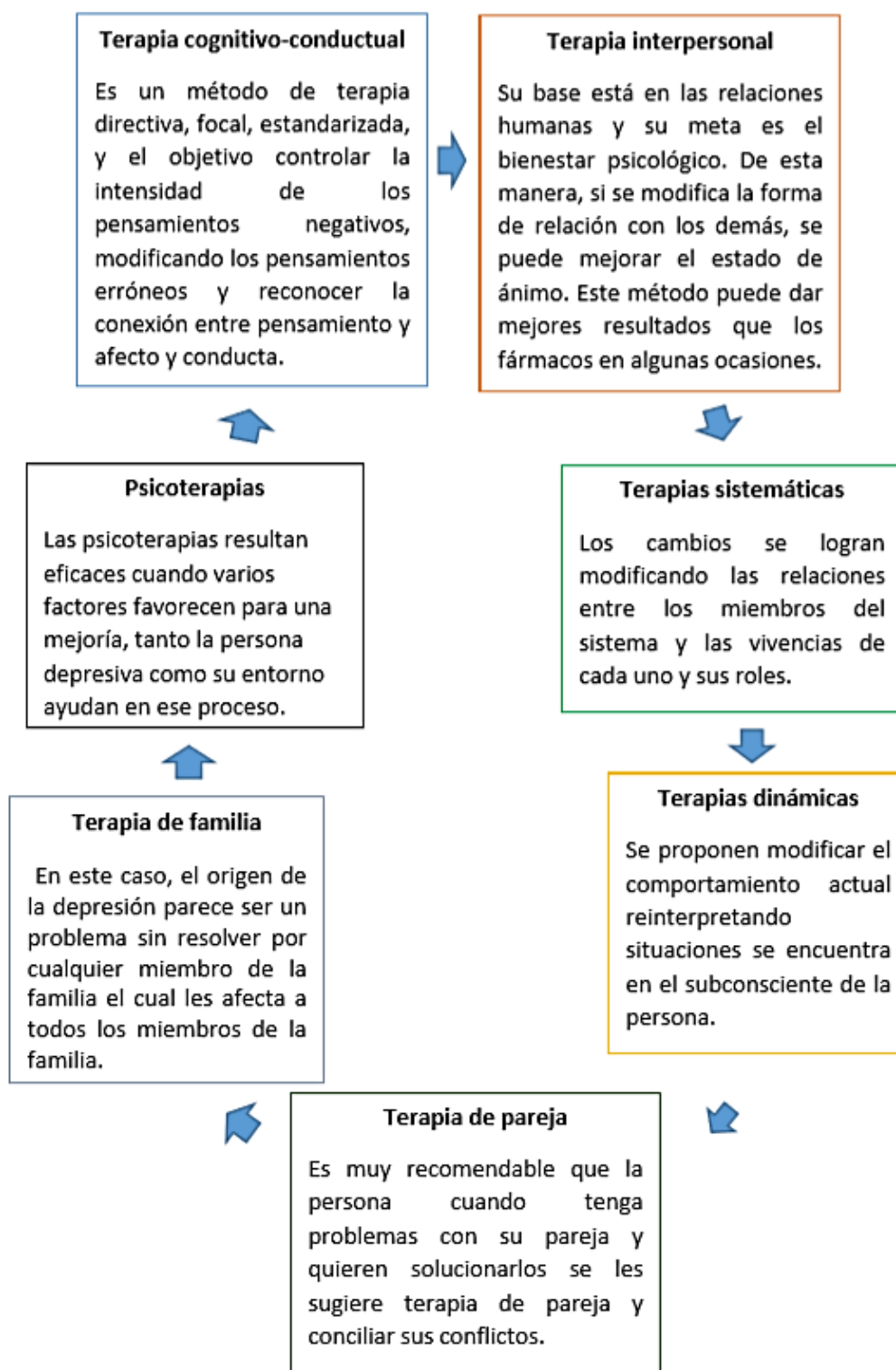
## **2.7. Tipos de tratamiento de la Depresión**

En las depresiones leves, tanto la psicoterapia como la farmacoterapia suelen ser efectivas. En los casos más graves, se recomienda combinar ambos tratamientos es necesario recalcar para obtener los mejores resultados es necesario la voluntad de la persona.

Existen diversos tipos de psicoterapia y no todas son buenos en todos los casos. Los tratamientos psicológicos de mayor eficacia son los de Carácter cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. Todas las psicoterapias utilizan unos métodos y técnicas que han probado la eficacia a lo largo de estudios científicos, para un mejor resultado de tratamiento con la persona que tiene depresión es la voluntad de querer superar el trastorno que padece por ello, conviene que el psicólogo y el psiquiatra estén coordinados en el tipo de trabajo y que compartan e intercambien información sobre el caso.

### **2.7.1. Terapias Psicológicas**

En los enfoques psicológicos para el tratamiento de la depresión se emplea el diálogo en la entrevista entre el paciente y el terapeuta para solucionar el problema. A si mismos caracteriza a este tipo de enfoques de tratamientos verbales. Según apuntado por Mérida (2012) mencionó que los enfoques psicológicos tienden a generalizarse debido a que no implican pastillas y ofrecen dedicación de tiempo y atención por parte del terapeuta, lo cual brinda al paciente la tranquilidad de que su problema se toma en serio, brindar información y asesoramiento sobre el trastorno de depresión, el psicólogo estimula la expresión de sentimientos y anima a compartirlos, lo cual puede ayudar al enfermo a sentirse mejor. Una de las estrategias dirigidas a resolverlos pasó a paso encontrar un psicólogo de confianza.



*Figura 1. (Adaptado de Mérida, 2012) Tratamientos psicológicos*

Hay un sinfín de tratamientos que se puede emplear en la depresión, ya que hay innumerables casos, con diferentes razones.

## 2.7.2. Otros tratamientos

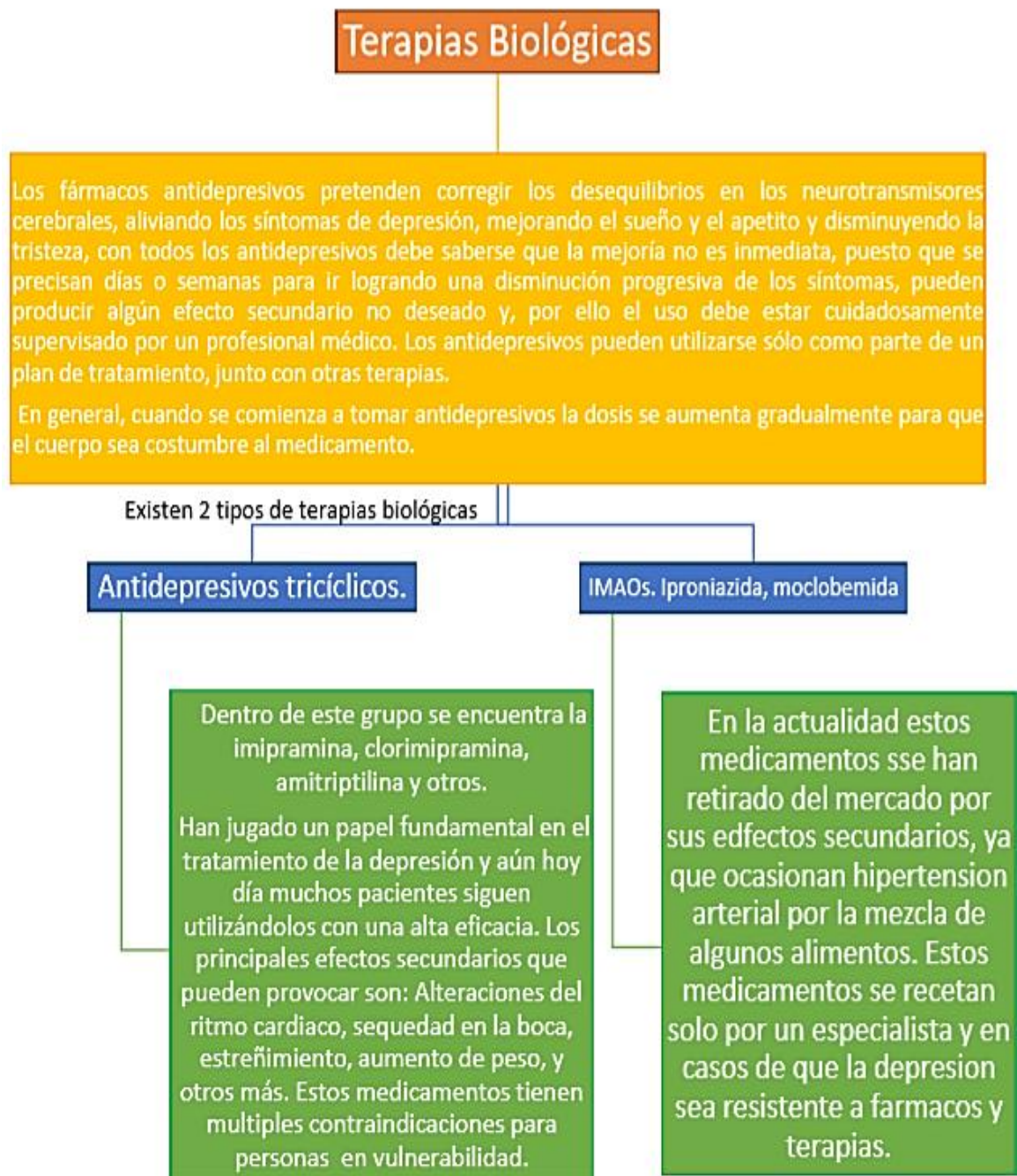


Figura 2. (Adaptado de Sánchez, 2013) Tratamientos farmacológicos

Este tratamiento es muy necesario para emplearlo cuando no da resultados positivos las terapias psicológicas, pero se pueden llevar a la



par, siempre y cuando tengan en cuenta las contraindicaciones y precauciones que acarrea este tratamiento.

### **Prácticas religiosas en penales en el Perú actual**

En la actualidad en los establecimientos penitenciarios los grupos religiosos ha generado en las internas (os), como un soporte emocional entre sí. Cabe resaltar que según la fe es un argumento usada en las prisiones como una herramienta para el tratamiento de los internos esta práctica religiosa es más común en los penales con la lectura de la Biblia. Voluntarios de distintas religiones cristianas leen la Biblia, se usa con frecuencia los cánticos religiosos, intentan enseñar a rezar a las internas, con la finalidad de enseñarles la palabra de Dios. He intentar tener fe en sí mismas, suelen presentar videos de temas cristianos, estos al enseñar la vida de los santos y de Jesús se con lo que pretenden ejemplar la vida de Jesús para el cambio de sus comportamientos y el amor en el prójimo.

La relación entre sintomatología depresiva y prácticas religiosas es un tema poco estudiado, se han encontrado sólo algunas investigaciones sobre este tema y sobre esta relación en el contexto penitenciario son aún menos. Sin embargo, lo que se ha podido encontrar tiene resultados interesantes que muestran una relación inestable entre ambas entre la religión y la depresión.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo y diseño utilizado

##### 3.1.1. Tipo y enfoque

El tipo de investigación es descriptivo porque se orienta a describir las características de la investigación busca especificar, las propiedades y características y los perfiles de la persona, grupo, comunidades procesos u objetos o cualquier otro fenómeno que se adhiera al análisis (Hernández Fernández y Batista. 2014).

##### 3.1.2. Diseño de investigación

El diseño es, no experimental de corte transversal, recoge datos una vez durante una cantidad de tiempo limitada. Hernández, *et al* (2014) definen como aquellos estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

M-----O1

Dónde:

M = Muestra de Internas

O1 = Depresión

#### 3.2. Población y muestra

##### 3.2.1. Población

La población del establecimiento penal tiene como referente principal un aproximado de 748 internas por diferentes delitos edades de 18 a 60 años a más con condición jurídica sentenciadas he

inculpadas la misma del cual se hizo un estudio a un grupo el cual se obtendrá resultados. La población en investigación fue conformada por Internas de diferentes pabellones A, B, C, de edades entre 18 a 35 años, es importante mencionar que en los últimos años la población de establecimiento penal oscila entre 720 a 748 internas decir hay un hacinamiento de convivencia en el penal. Por ello las personas que se encuentran en intramuros se encuentran sensibles debido a que su libertad esta trunca y al no estar de acuerdo con su situación del que están viviendo les hace vulnerables y entran en crisis de depresión. Una población o universo, es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Lepkowski, como se citó en Hernández *et al.*, 2014).

### **3.2.2. Muestra**

Se seleccionó para la muestra a 50 internas del pabellón A, B y C, con ingresos recientes e inculpados en situación de espera de su sentencia establecimiento penal santa Mónica de Chorrillos. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional considerando criterios de inclusión y de exclusión, método utilizado para seleccionar un conjunto de elementos para ver lo que sucede en toda esa población (Hernández *et al.*, 2014).

#### **Criterio de inclusión**

Se consideran a las internas del establecimiento penal mujeres de Chorrillos ingresos recientes y a tres meses de reclusión internas en espera de su sentencia de 18 a 35 años de edad.

#### **Criterio de exclusión**

Se ha omitido internas mayores de 35 años que ya tienen sentencia en su situación legal del establecimiento penal mujeres de Chorrillos.

### **3.3. Identificación de la variable y su operacionalización**

#### **Depresión**

Es un de estado emocional que genera los cambios de humor el aislamiento los cambios de apetito y sueño que puede ser transitorio o permanente (Moreno, 2012).

#### **3.3.1. Operacionalización de la variable**

Se ha tomado en cuenta las concepciones de varios investigadores y autores especificando los tres niveles leve, moderado, grave. Y Para llevar el proceso de la investigación de la muestra cómo se analizará la variable. Se utilizará el instrumento de Inventario de Depresión de Aron Beck II(BDI-II) elaborado por anciana. J & Chumbimuni, A. (2017), el cual servirá como guía, con la finalidad de la aplicación seria obtener un resultado detallado de la investigación realizada a internas del penal Santa Mónica de Chorrillos.

Tabla 1.

*Operacionalización de la variable depresión*

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Puntuación
Depresión	Beck (1,979). En su estudio mencionó que la depresión es un trastorno emocional en la persona y se manifiesta como un estado de abatimiento infelicidad que puede ser transitorio o permanente lo cual se manifiesta por la presencia de la tristeza perdida de interés o placer sentimiento de culpa o falta de autoestima trastorno del sueño o apetito sensación de cansancio o falta de concentración	Área Cognitiva	Tristeza, Pensamientos o ideas Suicidas y Desvalorización	Se da mediante la suma de los ítems: Cognitivo 1, 2, 9, 14
		Área Física /Conductual	Indecisión, Autocrítica, Sentimiento de Culpa, Fracaso, Disconformidad con uno mismo, Sentimiento de Castigo, Perdida de Placer y Llanto	Física conductual 13, 8, 5, 3, 7, 6, 4, 10
		Área Afectivo/ Emocional	Agitación, Perdida de Interés, Perdida de Energía, Cambios de hábitos y sueño, Irritabilidad, Cambios de apetito, Dificultad de concentración, Cansancio o fatiga y Perdida de interés en el sexo	Afectivo/ emocional 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

Fuente: Adaptado por Rodríguez y Farfán (2015).

Se identifica que en la tabla 1. Hay un concepto que de la variable estudiada que utilizo Espinoza estrada en su elaboración de su instrumento Inventario de Depresión Beck –II (BDI-II) del mismo modo se presenta las calificaciones de cada nivel mostrado.

### **3.4. Técnicas e instrumento de evaluación y diagnóstico**

#### **3.4.1. Técnica**

La técnica utilizada fue mediante la recolección de datos de forma individual y colectiva, dándole a cada interna un cuestionario de 21 preguntas con alternativas, como respuesta tipo Likert, para luego ser recabada y poder obtener la información.

Para el estudio de esta investigación se utilizó el inventario de depresión de Beck II – (DBI-II) mediante la técnica de encuesta destinado a medir su nivel.

#### **3.4.2. Instrumento**

El instrumento que se utilizó Inventario de depresión de Aron Beck II- (BDI-II)

##### **Ficha Técnica**

**Nombre:** Inventario de depresión de Beck II- (DBI-II).

**Autores:** Aron Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

**Año en la que se publicó:** El cuestionario fue adoptada en lima Sur por Espinosa Estrada Ángela (2016).

**Administración:** Colectiva e Individual.

**Significación:** Evaluar el nivel de Depresión.

**Tiempo de aplicación:** 10 minutos como máximo.

**Grado de aplicación:** Mayoría de edad.

**Características:** El inventario de Depresión Beck-(BDI-II). Es de uso auto aplicable de 21 ítems ha sido diseñado para evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adultos y en el adolescente con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre las cuatro alternativas lo que mejor le parezca según el estado de ánimo del cual se encuentre.

En la versión de 1961 cada ítem se contemplaba de 4 a 6 opciones de respuestas ordenadas de menor a mayor gravedad y es así como fueron recogidas en la adaptación de Conde y cols. (1975) posteriormente introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original como la eliminación completa de 2 ítems (sentimiento de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión más que los síntomas de esta esfera representan al torno al 50 % de la puntuación total de cuestionario siendo los síntomas de tipo somático /vegetativo el segundo bloque de mayor peso de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

**Confiabilidad:** Sus índices Psicométricos han sido analizados de carácter profunda reflejando una buena consistencia interna. (alfa de crombach 0,76-0,95) la fiabilidad del test oscila alrededor de  $r = 0,8$  pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. En lima sur, Espinoza en el año 2016, en una muestra de más de 1000 universitarios, reporto en la confiabilidad por consistencia interna coeficientes Alpa de Crombach de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 áreas en esta población que hallan y componen el inventario.

**Validez:** Su validez predictiva como instrumento de diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 a 64 años de edad, con buen rendimiento sensibilidad 100% especificidad 99% y valor predictivo positivo 0.72 y valor predictivo negativo 18 (punto de corte  $>13$ ) se había hecho un estudio en grupos distintos de pacientes médicos con criterios dispares en cuanto al punto de corte, porque los resultados no eran homogéneos. Espinoza (2016) en lima sur en universitarios evaluó la validez de constructo de BDI-II a través de

análisis factorial hallando tres factores que explican el 39% de la varianza total.

Tabla 2

*Estadística de fiabilidad de instrumento aplicada*

Alfa de Cronbach	N° de elemento
0,708	21

Fuente propia. En la tabla 2, nos muestra que la fiabilidad de nuestro instrumento nos como resultado 0,708 es decir es aceptable por lo que manifiesta un adecuado uso para la presente investigación.



## CAPÍTULO IV

### PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Procesamiento de los resultados

Al momento del estudio el penal contaba con una población de 748 internas de diferentes delitos y situaciones socioeconómicas, con diferentes niveles de estudio con cicatrices y estigmas degenerativos. Para comprender el análisis de los resultados obtenidos se utilizó el inventario de depresión Beck II-(DBI-II) en cincuenta personas de los pabellones A, B y C del EPMCH.

Se aplicó un cuestionario haciéndose uso de los resultados un vaciado de datos al programa Excel para luego programarlo al SPSS 24, buscando con respuestas el análisis de frecuencias y porcentajes de la variable el cual se hará el análisis descriptivo para la búsqueda el valor mínimo y máximo además de la media.

$$\bar{X} = \frac{\sum x_i}{n}$$

#### 4.2. Presentación de los resultados

Para demostrar los resultados de la base de datos del instrumento, expondremos de la siguiente forma.

Tabla 3

*Resultado estadístico procesamiento de casos*

		N	%
<b>Casos</b>	Valido	50	100%
	Excluido	0	0%
	Total	50	100%

Se puede observar que en la aplicación de a prueba inventario Beck II-(BDI-II) en el resultado estadística de casos 50 personas se han evaluado es decir en porcentaje el 100% mostrando así, sin ningún. Excluido.

Tabla 4

*Estadística de elemento*

Media	Varianza	Desviación estándar	Nº de Elemento
23,29	51,177	7,154	21

En la tabla 4 del instrumento aplicado inventario de depresión Aron Beck II (BDI-II). Nos muestra los resultados estadísticos que la media es 23,29; la varianza 51,177; desviación estándar 7,154; del número de elemento que es 21. Aplicado a las internas del establecimiento penal mujeres de Chorrillos pabellones A, B y C.

Tabla 5

*Procesamiento de casos*

	<b>N</b>	<b>Valor</b>
	Validos	50
	Perdidos	0
<b>Media</b>		23,29
<b>Mínimo</b>		10
<b>Máximo</b>		41

Fuente propia. En la tabla 5, observamos los resultados de la prueba aplicada inventario de depresión Aron Beck II-(BDI-II) el valor de los indicadores, válidos 50, perdidos 0, el valor de la media 23, 29 y el valor mínimo 10 y como máximo se obtuvo como resultado 41.

#### 4.2.1. Presentación de los resultados por Objetivo General

Tabla 6

*Objetivo General*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo (0-13)	2	4%
Promedio (14-18)	26	52%
Alto (19-27)	4	8%
Muy alto (28-63)	18	36%
Total	50	100%

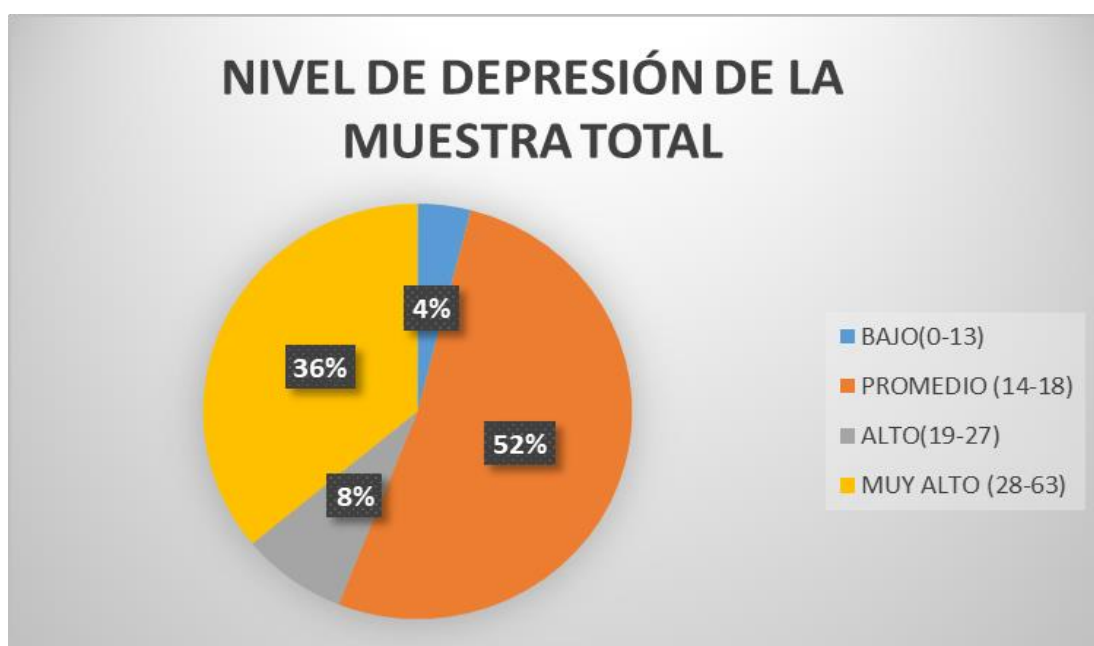


Figura 3. Porcentajes de Depresión General

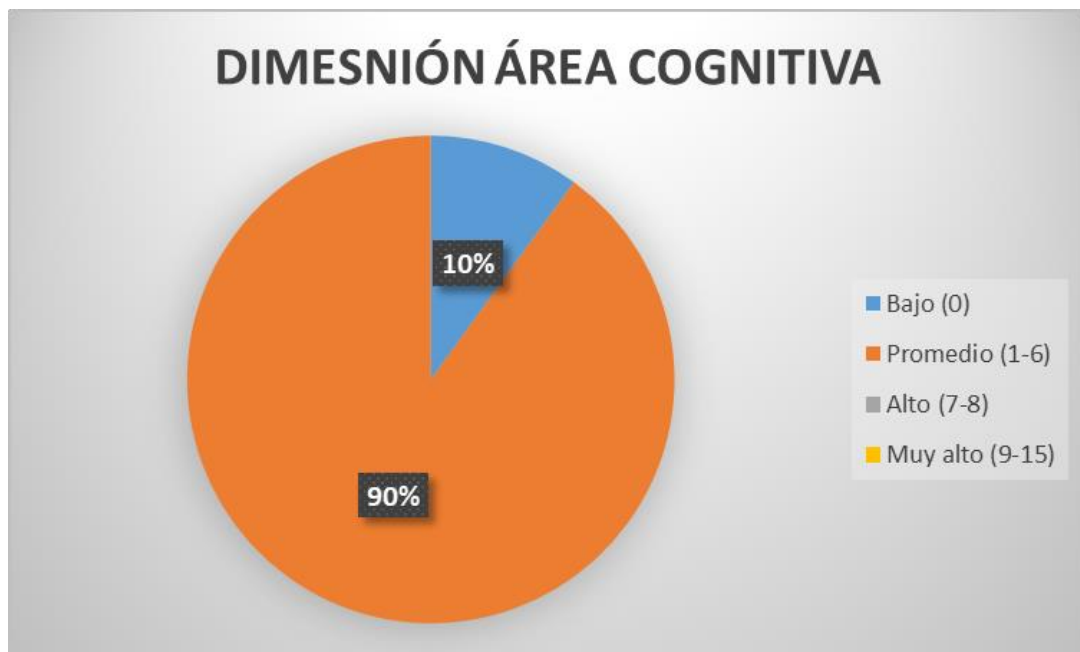
Se observa en la tabla 6 y figura 3, los resultados obtenidos en la muestra total sobre el nivel de depresión en 50 internas del pabellón A, B y C de ellas un grupo mayoritario del 52% (26) presentan un nivel promedio de depresión, el 36% (18) presentan un nivel muy alto, un 8% (4) presenta un nivel muy alto y finalmente el 4% (2) presentan un nivel bajo.

#### 4.2.2. Presentación de los resultados por Objetivos Específicos

Tabla 7

*Objetivo específico N° 1*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo (0)	5	10%
Promedio (1-6)	45	90%
Alto (7-8)	0	0%
Muy alto (9-15)	0	0%
Total	50	100%



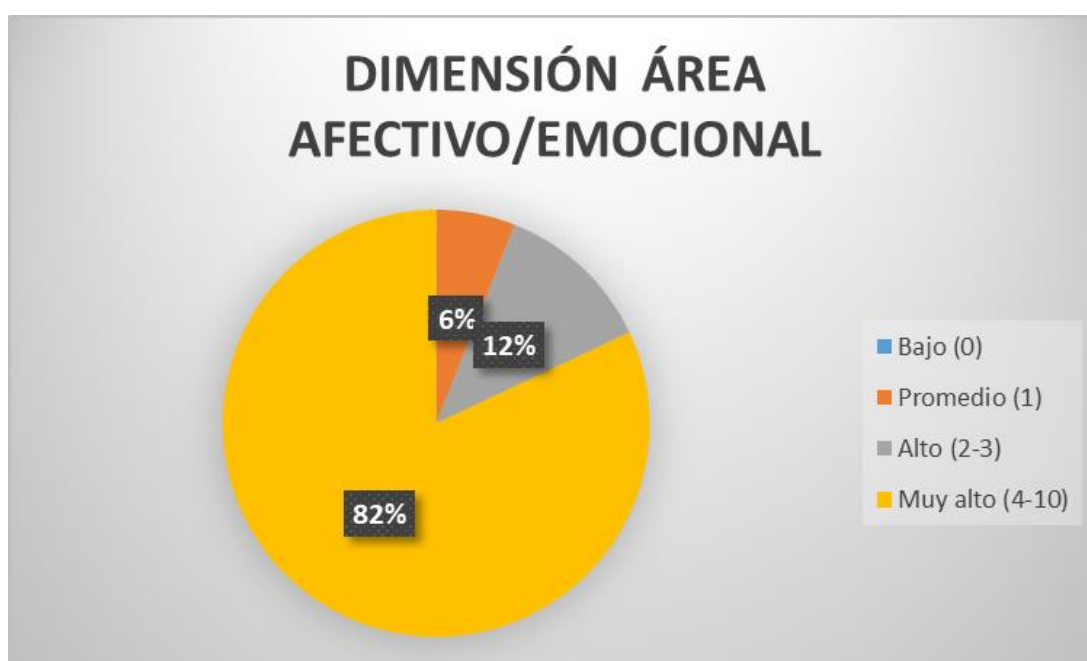
*Figura 4. Dimensión Área Cognitiva*

Según la tabla 7 y figura 4 observamos que el grupo de internas del establecimiento penal pabellones A, B y C obtienen como resultado nivel bajo 10%, nivel promedio 90%, nivel alto 0%, y nivel muy alto 0%, es decir es significativo como resultado el nivel promedio.

Tabla 8

*Objetivo específico N° 2*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo (0)	0	0%
Promedio (1)	3	6%
Alto (2-3)	6	12%
Muy alto (4-10)	41	82%
Total	50	100%



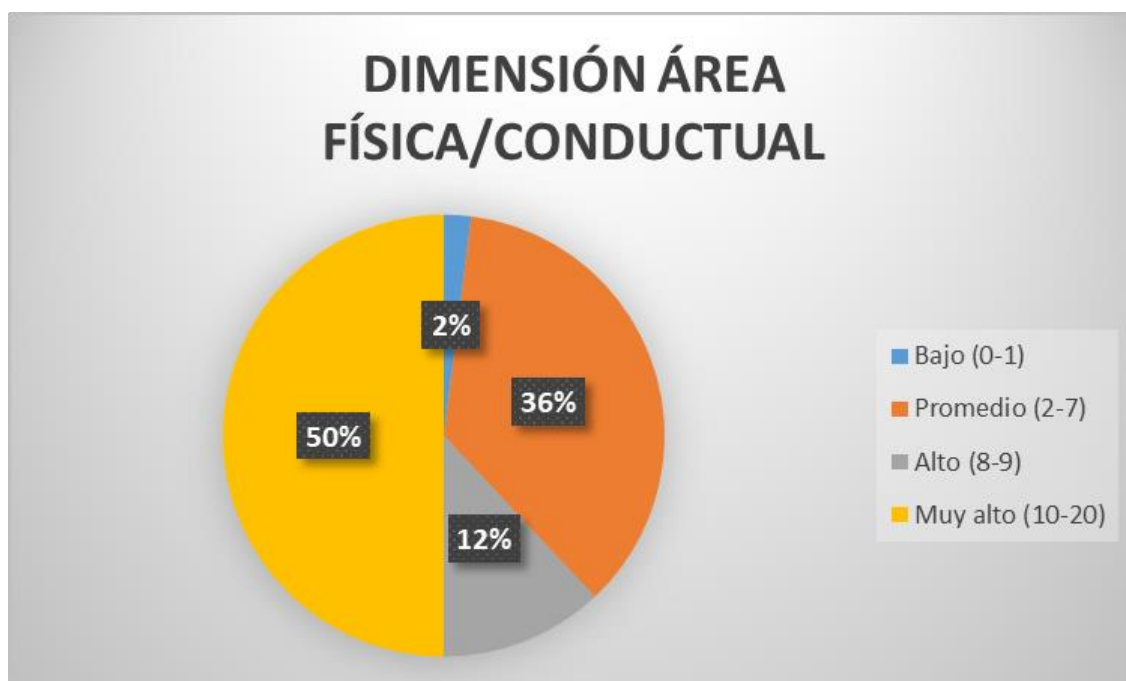
*Figura 5. Dimensión Área afectiva/ Emocional.*

En la tabla 8 y figura 5. Con relación al área afectivo/emocional nos revela que el nivel de porcentaje obtenido de 82% lo cual es significativa en esa área es decir es un elemento causal para la depresión mientras que alto hay 12% y el promedio 6%. Y el nivel bajo ni se manifiesta.

Tabla 9

*Objetivo específico N° 3*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo (0-1)	1	1%
Promedio (2-7)	18	36%
Alto (8-9)	6	12%
Muy alto (10-20)	25	50%
Total	50	100%



*Figura 6. Dimensión área física conductual*

En la tabla 9 y figura 6. Presenta que las internas de los pabellones A, B y C del EPMCH. En el área Física / Conductual muestra un porcentaje muy alto de 50% en su dimensión; mientras que el nivel promedio es de 36%, nivel alto 12% y nivel bajo 1% es decir la sintomatología de depresión es relevante.

#### **4.3. Análisis y discusión de los resultados**

En relación con el objetivo general, el cual pide determinar. Determinar el nivel de depresión de las internas recluidas en los pabellones A, B, C del establecimiento penal santa Mónica de chorrillos. Se observa un grupo mayoritario del 52% (26) presentan un nivel promedio de depresión, el 36% (18) presentan un nivel muy alto, un 8% (4) presenta un nivel muy alto y finalmente el 4% (2) presentan un nivel bajo.

En relación con el primer objetivo específico, el cual pide identificar el nivel del área cognitiva en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos. Se puede mencionar que se obtiene como resultado un 90% nivel promedio, cual nos indica que, de las 50 internas, 45 de ellas de los pabellones A, B, C del EPMCH, presentan depresión moderada. Nos indica que el hecho de perder su libertad les genera ansiedad, stress ocasionándoles trastorno de depresión. Al respecto Orozco (2012) desarrolló una investigación en Guatemala: sobre el Nivel de depresión en personas privadas de libertad. Señalo en su trabajo con una población constituida por 50 personas recluidas, cuyo instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck (DBI– II). Teniendo como resultado que el 40%, de personas privadas de su libertad está en un grado leve, el 30% de personas recluidas está en un grado moderado, que el estar privado de la libertad, lleva al individuo a experimentar sentimientos de infelicidad, desesperanza y angustia permanente, sintiéndose incapaz de ser hallados dan referencia que los factores que desencadenan la depresión.

En relación al segundo objetivo específico, el cual pide Cuál es el nivel del área física - conductual en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos. Mencionaremos que un 50% obtuvieron como resultado nivel muy alto en su dimensión donde las internas del establecimiento penal las internas muestran síntomas de depresión es decir se encuentran susceptibles frente al encierro de su privacidad de su libertad. En relación a esta investigación (Martínez, 2012) señaló los instrumentos que se utilizó son la Cédula de Datos Personales

(CDP) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los resultados los impulsos suicidas. Refirió que todas las personas que ingresan a un penal o son privados de su libertad, frecuentemente desencadenan síntomas depresivos, sin respetar la edad, estado civil, causa de ingreso, origen o religión.

En relación al tercer objetivo específico, el cual pide identificar cual es el nivel del área afectiva - emocional en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos. Podemos mencionar que un 82% en su dimensión se encuentra en el nivel muy alto no es favorable porque se encuentran con depresión. Esta situación genera, entre otros elementos, fuertes procesos depresivos, así como reacciones de violencia y agresión hacia los demás o en contra de sí mismo. Al respecto, Medina Córdoba y Arcila (2011) señala los internos tienen riesgo suicida moderado o alto y el 56% posee sintomatología depresiva grave y moderada.

Además podemos mencionar que la sintomatología aparece en momentos de la espera de la sentencia hasta el día de visita de los familiares ya que casi no se sienten seguras si van a venir el familiar a visitarles, así como también observamos que hay un mínimo de internas que la depresión el índice es baja pues ellas ya se han adaptado al medio ya tienen claro el tiempo del cual se van hallar en ese lugar pero también influye el estado emocional se altera el día que van a salir en libertad ya que no sienten seguras de lo que les espera.

Al observar los resultados obtenidos con este estudio, se llega a comprender que el estar privado de la libertad, es una experiencia que lleva a la persona a experimentar profundos sentimientos de infelicidad, desesperanza y angustia permanentes, como consecuencia de que se siente incapaz de cambiar las cosas, está sola y se siente mal consigo misma, lo que contribuye a que se presente un deterioro de la propia identidad y autoestima, lo cual se convierte en manifestaciones depresivas de diferente nivel, aunado el problema afectivo a la ausencia de programas de atención psicológica y de rehabilitación. Sin embargo, en el presente



estudio se puede observar que hay un mayor número de internas con nivel muy alto de depresión seguido moderado, nivel alto y muy bajo.

#### **4.4. Conclusión**

El análisis de la media (23,29) nos refiere que existe una tendencia media a presentar depresión por partes de las reclusas de los pabellones A, B y C del penal de mujeres de Chorrillos.

Los resultados obtenidos muestran que el 52% (26) presentan un nivel promedio de depresión, el 36% (18) presentan un nivel muy alto, un 8% (4) presenta un nivel muy alto y finalmente el 4% (2) presentan un nivel bajo en el pabellón A, B y C del penal de mujeres de Chorrillos; tal como se refleja en la tabla 6 y figura 3.

En referencia a la dimensión de área cognitiva los resultados indicaron un nivel promedio (90%) seguido de un nivel bajo (10%), y por último en los niveles alto y muy alto (0%) de depresión por partes de las reclusas de los pabellones A, B y C del penal de mujeres de Chorrillos; tal como se refleja en la tabla 7 y figura 4.

En referencia a la dimensión de área Afectiva/Emocional los resultados indicaron un nivel muy alto (82%) seguido de un nivel alto (12%), un nivel promedio (6%) y por último de un nivel bajo (0%) donde refiere una tendencia muy alta en la dimensión de área Afectiva/Emocional; tal como se refleja en la tabla 8 y figura 5.

En referencia a la dimensión de área Física/Conductual los resultados indicaron un nivel muy alto (50%) seguido de un nivel promedio (36%), un nivel alto (12%) y por último de un nivel bajo (2%) donde refiere una tendencia muy alta en la dimensión de área Física/Conductual; tal como se refleja en la tabla 9 y figura 6.

#### **4.5. Recomendaciones**

En cuanto a la interpretación de los resultados hallados se recomienda: Aplicar programas de intervención que puedan ayudar a mejorarla rehabilitación de las internas mediante las diferentes terapias individual, grupal y familiar de manera que la interna podrá hacer una progresión a nivel personal familiar y porque no decirlo en el contexto social.

En la terapia individual aplicarla terapia que el terapeuta crea conveniente, terapia centrada en el cliente, la terapia del perdón, la terapia de la silla vacía, terapia de relajación, entre otras. Esto ayudaran a la interna aceptar la realidad en la cual se encuentre, que es la privación de su libertad.

La terapia grupal, trabajar lo que es los sociodramas, video fórum y dinámica grupal con la intención cambiar sus actitudes negativas a positivas por lo que ayuda a la rehabilitación de las internas del penal. Se trabajará en cuanto a la psicoterapia de grupo, psicodramas, risoterapia. De igual manera fomentar nuevos talleres de trabajo que despierte el interés de las internas, por lo tanto, esto iniciara una adecuada relación en su entorno personal y desarrollara sus capacidades de trabajo, para enfrentar y adecuarse de manera positiva a la reinserción hacia la sociedad.

## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

Buscando la salud mental en mujeres reclusas en el establecimiento penal de Chorrillos Santa Mónica.

#### **5.1. Denominación del programa**

El presente programa contiene la propuesta dirigida al sistema penitenciario, quien debe partir de una idea de intervención en un sentido amplio, que no sólo incluya las actividades terapéutico-asistenciales sino también las actividades formativas, educativas, laborales, socioculturales, recreativas y deportivas. En este sentido, la administración penitenciaria orientará su intervención y tratamiento hacia la promoción y crecimiento personal, la mejora de las capacidades, habilidades sociales, laborales y la superación de los factores conductuales o de exclusión que motivaron las conductas criminales de cada persona sentenciada. El siguiente programa lo denominaremos “Buscando la salud mental en mujeres reclusas en el establecimiento penal de Chorrillos Santa Mónica”.

#### **5.2. Justificación del programa.**

Se realizará este trabajo de intervención para minimizar la sintomatología de la depresión en las internas del establecimiento penal de Chorrillos debido a que en el resultado de nuestro estudio encontramos un porcentaje muy alto de depresión. Observamos un desgaste emocional generando en ellas sentimientos negativos, como el fracaso, sentimiento de culpa, autocastigo y desesperanza que pueden conducir a la aparición de la depresión. Se considera necesaria la intervención para que luego adquieran nuevos valores y habilidades sociales y así le sea más fácil sobrellevar la situación al cual se pueda encontrar, tomando decisiones adecuadas para conducir su vida.

### **5.3. Estableciendo objetivos**

#### **5.3.1. Objetivo General**

Disminuir los niveles de depresión a través de los talleres con las internas del establecimiento talleres de penal mujeres de Chorrillos.

#### **5.3.2. Objetivos específicos**

- Brindar información y soporte emocional a las internas del establecimiento penal para minimizar el nivel depresión.
- Proporcionar las herramientas para sobrellevar la pena privativa para minimizar la depresión en las internas del establecimiento penal mujeres de Chorrillos.
- Trabajar con las internas en un proyecto de vida con miras al futuro.

### **5.4. Sector al que se dirige.**

El programa de intervención está dirigido a las internas del pabellón A, B y C del establecimiento penal santa Mónica de Chorrillos con sintomatología de depresión.

### **5.5. Establecimiento de conductas problemas /metas**

#### **5.5.1. Conductas Problemas.**

El resultado de nuestra investigación nos muestra que hay un nivel muy alto de depresión en las internas del establecimiento penal mujeres de Chorrillos. Mostrando las siguientes conductas problemas:

Sentimientos de minusvalía y de culpa, sentimientos de minusvalía y de culpa, tristeza, desconsuelo, pensamientos qué no sirve para nada, fastidio, cansancio, enojo, desorden en el consumo de alimentos, Inseguridad, desesperación al estar solo en un lugar lejos de los demás; no poder conciliar sueño para dormir y con deseos de querer morir.

## **Conductas metas**

Incrementar el conocimiento sobre la depresión, focalizar el problema generador de la sintomatología, minimizar el nivel de depresión. Identificar patrones de pensamiento negativos o distorsionados que contribuyen a sentimientos de desesperanza e indefensión que acompañan a la depresión.

Dar solución a las internas del penal a recuperar el control y el placer de la vida, así como a incorporar gradualmente actividades placenteras y satisfactorias nuevas en sus vidas.

### **5.6. Metodología de intervención**

La metodología que se empleará para este programa es de corte humanista y cognitivo conductual, será teórico práctico para una mejor comprensión de las internas activa y participativa dividido en ocho sesiones con diferentes actividades y talleres. Significará la participación de las internas en el establecimiento penal mujeres de Chorrillos, para lo cual contaremos con el auditorio del penal y buscará ayudar a las internas a controlar o manejar la sintomatología de la depresión. Se buscará la participación en estas intervenciones para devolver a las mujeres una mejor imagen de sí mismas, que les permita elaborar y relacionar su historia y condiciones de vida con su situación actual dicho de otra manera al ser escuchadas y apoyadas a otras personas, ayudándoles a que se sientan útiles, de esta forma, estos son aspectos que contribuyen a aumentar la propia estima en ellas.

El esquema compuesto será por ocho sesiones, con 50 participantes, una vez por semana, con un tiempo de 90 minutos cada sesión, se llevará a cabo por medio de (juegos y dinámicas), de manera que las experiencias expuestas a nivel grupal no sólo sean beneficiosas para las internas sino también para los profesionales. Las mismas que tendrán un efecto positivo en la mejora de la relación y comunicación con otras internas para ayudar al participante a cómo controlar la depresión. Esto sirve para reflexionar

sobre sí mismas, y percibirse de manera diferente. Descubrir que escuchar, hablar y compartir es fuente de ayuda para sí mismas.

### **5.7. Instrumentos/material a utilizar**

- Auditórium
- Sillas
- Papelógrafos
- Plumones
- Equipo multimedia
- Hojas
- Lapiceros
- Laptop
- DVD
- Televisor
- Pizarra acrílica
- USB
- Cds

## 5.8. Cronograma

A continuación, se detallará el desarrollo del programa de intervención precisando los tiempos y contenidos.

### 5.8.1. Cronograma

**Tabla 10**

*Programa de intervención*

Sesión	ACTIVIDAD	Enero - semana				Febrero - semana			
		1	2	3	4	5	6	7	8
N°1	Taller de capacitación a las internas del establecimiento penal mujeres de Chorrillos "Prevención de la depresión y sus consecuencias"	X							
N°2	Taller capacitación modificando pensamientos negativos de sí mismas		X						
N°3	Taller de capacitación "Prevenir enfermedades mentales y físicas por el estrés y ansiedad"			X					
N°4	Taller de capacitación "Aumentar el nivel de autoestima a través de ejercicios ya que se verá reflejada en su apariencia física"				X				
N°5	Taller "Fortalecer la autoestima y las relaciones interpersonales en las internas del establecimiento penal mujeres de chorrillos".					X			
N°6	Taller Video fórum tema salas suicidas.						X		
N°7	Sociodrama intercambiando experiencias niveles de depresión".							X	
N°8	Capacitación/taller equilibrar el control de impulsos y emociones lograr que las personas crean en sí mismos y eliminen pensamientos negativos, con visión de proyecto de vida, Evaluación de salida.								X

### 5.8.2. Desarrollo de las sesiones

**Tabla 11**

*Semana 1. Sesión 1*

Tema	Inauguración presentación del taller de capacitación a las internas del establecimiento penal mujeres de Chorrillos “Prevención de la depresión y sus consecuencias”
Objetivo	Generar un clima de confianza respeto y el conocimiento para una integración grupal.
Tiempo	90 minutos
Recursos	<b>Recursos humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitador.</li><li>- Participantes.</li></ul> <b>Instrumentos/material a utilizar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Auditorium.</li><li>- Sillas.</li><li>- Equipo multimedia.</li><li>- Hojas, Lapiceros.</li><li>- Laptop.</li><li>- Equipo multimedia.</li><li>- DVD.</li><li>- Televisor.</li><li>- Pizarra acrílica.</li><li>- Plumones.</li></ul>



Actividad	<p><b>Desarrollo:</b> Al iniciar la sesión se hará la presentación de la psicóloga o facilitador (a), mencionaremos el tema a desarrollar motivándoles que será gratificante para las participantes ya que aprenderán a manejar sus emociones en situaciones críticas de su vida. Posteriormente, formaremos un círculo desarrollaremos una dinámica de presentación “Corazones”, en 20 hojas blancas se dibuja en el centro un corazón, utilizando marcador rojo. Las hojas con corazones se rasgan en dos. Deben rasgarse de manera que queden sus bordes irregulares, haciendo así un total de 50 partes, uno para cada participante.</p> <p>Reglas: Se colocan los papeles en el centro, (bien mezclados) sobre una mesa, Se pide a los participantes que cada uno retire un pedazo de papel. Luego, buscan al compañero o compañera que tiene la otra mitad, la que tiene coincidir exactamente de no encontrarse la pareja, deben conversar por 5 minutos sobre el nombre, datos personales, y los gustos que puedan tener y sus experiencias gustos, Al finalizar el tiempo, vuelven al grupo general, para presentarse mutuamente y exponer sus experiencias formaremos un círculo donde cada participante dirá su nombre y el delito si desea por el cual se encuentra recluida en el establecimiento penal mujeres de Chorrillos.</p> <p>La metodología será participativa y practico.</p>
-----------	--

**Tabla 12**

*Semana 2. Sesión 2.*

Tema	“Capacitación modificando pensamientos negativos de sí mismas.”
Objetivo	Generar pensamientos positivos frente a la aparición de emociones negativas de las internas.
Tiempo	90 minutos.

Recursos	<p><b>Recursos humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador</li> <li>• Participantes</li> </ul> <p><b>Instrumentos/material a utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditorium</li> <li>- Sillas</li> <li>- Equipo multimedia, Laptop</li> <li>- Hojas, Lapiceros</li> </ul>
Actividad	<p>Fredrickson demostró que una actitud optimista frente a la vida puede ayudar al cerebro a pelear contra las emociones negativas. La investigadora en su estudio confirmó que, mediante determinados ejercicios, el cuerpo puede ser entrenado y emitir respuestas positivas y así multiplicarlas contra la depresión. contra el estrés y la depresión. Al iniciar la sesión se hará una dinámica inicial, luego se presentará el tema a desarrollar como introducción preguntando les qué conocimiento o qué saben de emociones o pensamiento dañinos, reforzaremos su conocimiento que tienen sobre el tema a trabajar y cómo afecta en la vida cotidiana los malos pensamientos y sus consecuencias, luego desarrollaremos el tema de manera dinámica del cual se puedan mantener atentas haciendo intercambio de experiencias entre las internas, inyectaremos los pensamientos positivos ante los pensamientos dañinos que no les deja ver la realidad. Posteriormente como cierre de sesión se desarrollará una dinámica de “subasta de cualidades” cuyo objetivo será reflexionar acerca de nosotros mismos. El facilitador (a), indicará una serie de cualidades de las participantes en la pizarra. Se divide en subgrupos al grupo con el cual se está trabajando y a cada grupo se le regalan 100 puntos, en los cuales tiene que luchar para conseguir las cualidades que a él le parezcan, que más necesita. El facilitador(a). Realizara, en alta voz, unas reflexiones sobre las cualidades que cada uno ha elegido preguntando el porqué de</p>

	<p>estas cualidades. Posteriormente se hará una reflexión sobre el trabajo realizado como nos hemos sentido y si nos ha gustado como podemos invertir esta dinámica en nuestras vidas para revertir los pensamientos negativos utilizando las cualidades de sí mismos.</p> <p>La metodología será participativa, teórico y práctica.</p>
--	--

**Tabla 13**

*Semana 3. Sesión 3.*

Tema	“Prevenir enfermedades mentales y físicas por el estrés y la ansiedad”
Objetivo	Analizar la relación entre depresión, ansiedad y estrés disminuir la depresión en internas del establecimiento penal.
Tiempo	90 minutos
Recursos	<p><b>Recursos humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitador</li> <li>- Participantes</li> </ul> <p><b>Instrumentos/material a utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditórium</li> <li>- Sillas</li> <li>- Equipo multimedia</li> <li>- Hojas, Lapiceros</li> <li>- Laptop Plumones</li> <li>- DVD</li> <li>- Televisor</li> <li>- Pizarra acrílica</li> </ul>

Actividad	<p>El facilitador (a). explicará que son los pensamientos y emociones y dirá sus tipos: Se les mencionara a las internas de qué forma hace que actuemos frente a las personas en qué momentos o lugares menos imaginados por la falta de control de los impulsos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pensamientos negativos pueden modificar las conductas y tener un efecto sobre sus acciones como las agresiones.</li> <li>- Los pensamientos dañinos también tienen Un efecto sobre su estado de ánimo.</li> </ul> <p>Es necesario explicar estos que estos pensamientos son los más comunes los en los problemas de salud mental como la ansiedad, depresión grave, esquizofrenia u otro trastorno mental se formara cinco grupos del cual trabajaran diferentes temas;</p> <p>1.-como reflejan los pensamientos negativos en pabellón donde conviven.2.- como influye mis pensamientos negativos en mi familia. 3.- Cuales son las consecuencias de la conducta no asertiva por mi mal pensamiento en el penal.</p> <p>4.- que son las emociones. 5.- como expresamos las emociones cuando nos dan un halago de buena conducta.</p> <p>Luego se desarrollará una dinámica de intercambiando experiencias vivenciales expresando sus emociones y sentimientos de culpa, liberar esa energía negativa que tiene cargada y que le hace sentir mal, al final se hará una reflexión con respecto a esto. Se deja una tarea para la siguiente sesión que tipos de pensamientos le llegan a su cabeza y en qué momento, en el día de su visita como recibió a las personas que le fueron a ver que palabras utilizo para comunicarse con ellos(as).</p> <p>La metodología será participativa, teórica y práctica.</p>
-----------	--

**Tabla 14**

*Semana 4. Sesión 4*

tema	“Aprendiendo a disminuir el estrés a través de ejercicios ya que se verá su apariencia física”.
Objetivo	<b>Liberara energía acumulada a través de ejercicios</b>
Tiempo	<b>90 minutos</b>
Recursos	<p><b>Recursos humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitador (a)</li> <li>- Participantes</li> </ul>

	<b>Instrumentos/material a utilizar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditórium.</li> <li>- Equipo multimedia.</li> <li>- Laptop.</li> <li>- DVD.</li> <li>- Hojas, Lapiceros.</li> </ul>
actividad	<p>Para la sesión se empleará una herramienta audio visual indicándoles la utilidad de hacer ejercicios como parte de la salud global ya que son muchos los beneficios que podemos adquirir al realizar el deporte pues reduce los niveles de las hormonas del estrés. Por lo tanto, nos ayudará a mantener un equilibrio emocional y a mejorar nuestro estado de ánimo y liberar de los pensamientos dañinos.</p> <p>Para realizar los ejercicios contaremos con una de las internas del mismo grupo como colaboradores para llevar los ejercicios mientras que la psicóloga estará en proceso de observación de la actividad de cada participante sin que ellas se deán cuenta. Posteriormente se les hará una breve evaluación para lo cual se les entregará cómo se sintieron al haber participado en el ejercicio físico.</p> <p>La metodología será participativa y practico.</p>

**Tabla 15**

*Semana 5. Sesión 5*

Tema	“Fortalecer la autoestima y las relaciones interpersonales en las internas del establecimiento penal mujeres de chorrillos”.
Objetivo	Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de animo

Tiempo	90 minutos
Recursos	<p><b>Recursos humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitador (a)</li> <li>- Participantes</li> </ul> <p><b>Instrumentos/material a utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditorium, Sillas</li> <li>- Equipo multimedia</li> <li>- Laptop</li> <li>- DVD, Pizarra acrílica</li> <li>- Hojas, Lapiceros</li> <li>- Plumones, papelógrafos</li> </ul>
Actividad	<p>Se desarrollará la sesión con la presentación de la facilitadora, manifestándoles a las internas el tema a trabajar y que hacer, entregándoles una hoja de papel bon a cada interna, indicándoles lo que van hacer con el papel lo verán como quedan las cicatrices en la vida de la persona y como afecta en nuestra autoestima. Se formara grupos de personas del cual trabajaran temas “cicatrices” de la autoestima, concepto, quién soy yo, como afecta mis pensamientos en mi autoestima, después de expuestos sus temas se reforzará con un FODA de tal forma haciéndoles ver las debilidades y fortalezas de las internas de cómo trabajar consigo mismas, seguido se hará un ejercicio como dinámica denominado la rueda, donde cada uno dirá un halago a su compañera resaltando su cualidad y que es lo más bonito de su cuerpo así lo dirán todas las internas hasta que termine la rueda.</p> <p>La metodología será participativa, Teórico y Práctico.</p>

**Tabla 16***Semana 6. Sesión 6*

Tema	“Video fórum tema “Suicidio Room” de Ludwinn Ortiz Bartram.
Objetivo	Analizar el contenido de la película las consecuencias cuando una persona no controla sus emociones y se encierra en sus pensamientos inadecuados.
Tiempo	90 minutos
Recursos	<p><b>Recursos humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitador (a)</li> <li>- Participantes</li> </ul> <p><b>Instrumentos/material a utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditórium, sillas</li> <li>- Equipo multimedia</li> <li>- Hojas, Lapiceros y Plumones</li> <li>- Laptop, DVD, Televisor</li> <li>- Televisor</li> <li>- Pizarra acrílica</li> </ul>
Actividad	<p>Al iniciarla sesión se les presentara una síntesis de 50 minutos de la película del cual las internas verán e irán observando a cada actor de la película, cuál es su rol, posteriormente culminada la presentación se hará unas preguntas qué les pareció, de qué trata la película y porqué el actor principal recae en depresión y en qué momento se identifican con el actor en su conducta problema, después se les dará una hoja con lapicero y se les hará dos preguntas:</p> <p>1.- ¿Qué le podría dar como consejos a una persona cercana si la viera con esas conductas?</p> <p>2.- ¿Qué haría Ud. sí se encontrará en la situación del protagonista?</p> <p>La metodología: será participativa, teórico y práctica.</p>

**Tabla 17***Semana 7. Sesión 7.*

Tema	“Sociodrama intercambiando experiencias en la depresión”.
Objetivo	Disminuir la sintomatología de la depresión a través del conocimiento participativo.
Tiempo	90 minutos
Recursos	<b>Recursos humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitador (a)</li><li>- Participantes</li></ul> <b>Instrumentos/material a utilizar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Auditorium</li><li>- Sillas</li><li>- Hojas, Lapiceros</li><li>- Papelografos</li><li>- Cinta maquestein</li><li>- Plumones</li><li>- Pizarra acrílica</li></ul>
Actividad	Al iniciar la sesión se hará un recuento de la sesión anterior, luego empezaremos con el desarrollo del tema realizaremos un sociodrama formaremos 4 grupos. Cada grupo hará una representación del caso de una persona con manifestaciones de conductas de tristeza y estado de ánimo bajo: ¿Cómo son sus conductas dentro del establecimiento penal? Otro grupo representara a personas con conductas de sentimiento de culpa, sus reacciones frente a sus compañeras de pabellón y sus consecuencias; el tercer grupo conductas de personas que no tienen visitas y las consecuencias en su conducta. El cuarto grupo a personas con conductas de no querer vivir y sus consecuencias, Posteriormente se hará un reforzamiento de conocimiento y se orientará como manejar los momentos de enojo, culpa,



	<p>tristeza, abatimiento que pueda tener la interna y para concluir se hará una dinámica de juego de roles. Veremos las diferentes actitudes y reacciones de las personas frente a situaciones o hecho que viven esta técnica está caracterizada por representar a las otras personas es decir sus comportamientos en distintas situaciones o hechos. Finalizada el trabajo se les hará dos preguntas: 1. ¿Cómo se sintieron al realizar el sociodrama?</p> <p>2.- ¿Creen que pueden superar la sintomatología e la depresión?</p> <p>La metodología será participativa y práctica.</p>
--	---

**Tabla 18**

*Semana 8. Sesión 8.*

Tema	“Equilibrar el control de impulsos y emociones, y lograr que las personas crean en sí mismos y eliminen pensamientos negativos, con visión de proyecto de vida”.
Objetivo	Alcanzar el equilibrio personal y relacional. Tener autocontrol de nuestras acciones y tener la capacidad de pensar en su futuro.
Tiempo	90 minutos
Recursos	<p><b>Recursos humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitador (a)</li> <li>- Participantes</li> </ul> <p><b>Instrumentos/material a utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditórium</li> <li>- Sillas</li> <li>- Equipo multimedia</li> <li>- Proyector</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DVD</li> <li>- Hojas, Lapiceros</li> <li>- Papelografos</li> <li>- Cinta maquestein</li> <li>- Plumones</li> <li>- Pizarra acrílica</li> </ul>
Actividad	<p>Al iniciar la sesión presentaremos al tema a desarrollar de cuán importante es el tener el equilibrio emocional en momentos como cuando nos invade la tristeza ,el llanto, la rabia, el miedo, la culpa teniendo pensamientos negativos como querer escapar de la realidad o estar aislados, con una negación exagerada de sentir felicidad y mostrarnos agresivos y violentos frente a las personas que amamos manteniendo o dependencia de rebeldía con decisiones no acertadas más impulsivas y hasta generar un pensamiento suicida. Posteriormente, realizaremos una técnica de relajación del control de nuestras emociones.</p> <p><b>Relajación progresiva.</b> La relajación progresiva de los músculos reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como el grado de transpiración y la frecuencia respiratoria. Cuando se realiza de forma correcta puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco que actúe reduciendo la ansiedad. Seguido de la <b>Respiración</b>. Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, ira, déficits de autocontrol, fatiga, tensión muscular.</p> <p><b>Meditación.</b> Es útil para crear un estado de profunda relajación consigue que el metabolismo del organismo se enlentece. Por último, La <b>imaginación</b>. Es la utilización del pensamiento para el tratamiento de los síntomas físicos o para mejorar el autocontrol. Este tipo de relajación ayudará a las internas a controlar sus impulsos con estos ejercicios y</p>

	<p>por entonces cada interna manifestará sus impresiones. Y por último se tomará una evaluación final cómo tiene proyectada su vida cada participante denominado cuestionario proyectivo de 16 preguntas. (Ver en anexo 7). Y después de aplicarlo se brindará la información de manera de cierre sobre el proyecto de vida las metas personales el papel de la motivación la vocación y la necesidad de logro.</p> <p>La metodología será participativa, teórico y práctica.</p>
--	---

## Anexo 7



### Cuestionario Proyectivo

Para tener un mejor conocimiento de su persona le sugerimos ser lo más sincera posible y así obtener un resultado favorable y confidencial sin ocasionarle ningún perjuicio a su persona de su progresión.

1. ¿Qué le gustaría hacer cuando salga en libertad completamente?  
.....
2. ¿Cuáles son sus proyectos laborales una vez recobrada su libertad?  
.....
3. Priorizar tus necesidades básicas en tú vida te lleva a lograr éxitos ¿Por qué?  
.....
4. ¿Cuál es tu proyecto de vida, tú objetivo principal, meta, propósito y en qué tiempo?  
.....
5. ¿Qué obstáculos piensa que va encontrar una vez, que recobre su libertad y cómo piensa enfrentarlos?  
.....  
.....
6. ¿Dónde piensa vivir de aquí a cinco años con quien y en qué condiciones?  
.....
7. ¿Cómo te describes a ti misma?  
.....
8. Como sería para ti, una familia ideal. ¿Explícalo?  
.....
9. ¿Qué entiendes tú por fortalezas personales?  
.....
11. ¿En su vida futura le gustaría parecerse a alguien? ¿Por qué?  
.....
15. ¿Si tuviera Ud. que elegir la causa de su muerte, cual elegiría?  
.....

*Muchas gracias por su participación*



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006) *Inventario de Depresion de Beck (BDI-II)*. Buenos Aires, Argentina: Paidos.
- CIE-10. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington, D.C., E.U.A.: OPS
- Clapier-Valladon, S. (1987). *Las teorías de la personalidad*. Paris, Francia: Paidotribo.
- Cóndor, M. y Gaspar, W. (2015). *personalidad y resiliencia en internos del establecimiento nacional penitenciario de Huancavelica* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/449/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200054.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 46-62. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000500004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500004)
- Gasto, C. (1998). Bases biológicas de los trastornos del estado de ánimo. *Psicología Conductual*, 6(2), 217-252. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1998/art01.2.06.pdf>
- Garay, K. (14 de junio del 2016). La depresión es el trastorno mental más común en Perú. *El Peruano*. Recuperado de <http://www.elperuano.com.pe/noticia-la-depresion-es-trastorno-mental-mas-comun-peru-41872.aspx>
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- Irarrázabal, N. (2012). *Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile* (Tesis de pregrado). Recuperado de

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117100/TESIS%20Ps.%20Nataila%20Irrar%C3%A1zabal.pdf?sequence=1>

Kernberg, O. F. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Ciudad de México, México: Manual Moderno.

Martínez, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión* (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/martinez\\_r\\_a/indice.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/indice.html)

Martínez, C. (2012). *Depresión en hombres reclusos de la zona sur del estado de Veracruz* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31635/1/martinezmartinezciro.pdf>

Medina, O., Cordova, D. y Arcilla, S. (2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina*, 23(13), 268-280.

Mérida, J. (2012). *Nivel de depresión en personas privadas de libertad* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Merida-Jose.pdf>

Moreno, E. (2012). *La depresión y sus efectos en la capacidad mental de las Personas Privadas de Libertad (PPL)* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1748/1/T-UCE-0007-44.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)

Phares. E. (1992). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica*. Ciudad de México, México: Manual Moderno.

- Pizarro, L., Plasencia, S. y Romero, D. (2014). Depresión asociado al efecto de reclusión en el centro de rehabilitación social de Machala (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/5840/1/9BT2014%20ETI9.pdf>
- Preston, J. (2002). *Como Vencer la Depresión*. Ciudad de México, México: Pax México.
- Retamal, P. (1999). *Depresión*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Universitaria.
- Rodríguez, E. y Farfán, R. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), 71-78.
- Salazar, C. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/454/1/Salazar\\_c.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/454/1/Salazar_c.pdf)
- Sánchez, A. (2013). Psicofarmacología de la depresión. *CM de Psicobioquímica*, 2(1), 37-51.
- Sausa, M. (10 de setiembre del 2017). Ministerio de Salud: Riesgo de suicidio es 8 veces mayor entre las mujeres que sufren violencia. *Perú 21*. Recuperado de <https://peru21.pe/vida/salud/ministerio-salud-riesgo-suicidio-8-veces-mayor-mujeres-sufren-violencia-375090>
- Smith, R., Sarason, I. y Sarason, B. (1997). *Enciclopedia de Psicología Educativa. Aprendizaje, Habilidades Humanas y Conducta*. Ciudad de México, México: Oxford.
- Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de pregrado). Recuperado de [file:///C:/Users/Riusso/Downloads/TATEISHI\\_SERRUTO\\_VICTOR\\_ESTILOS.pdf](file:///C:/Users/Riusso/Downloads/TATEISHI_SERRUTO_VICTOR_ESTILOS.pdf)

- Turpo, C. y Huarachi, J. (2017). *Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario de Juliaca - 2017*. (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/688/Claudio\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/688/Claudio_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vivas, R. (2009). *Victoria Sobre la Depresión*. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=i0drLJ06XG8C&pg=PA3&lpg=PA3&dq=Victoria+Sobre+la+Depresi%C3%B3n.+RICARDO+Vivas&source=bl&ots=l4JRk-Vxu1&sig=nMlc76iMw0eeXBRXrMd3jWw3hf8&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi4tsjR\\_tLYAhUuct8KHfRJCGcQ6AEISTAK#v=onepage&q=Victoria%20Sobre%20la%20Depresi%C3%B3n.%20RICARDO%20Vivas&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=i0drLJ06XG8C&pg=PA3&lpg=PA3&dq=Victoria+Sobre+la+Depresi%C3%B3n.+RICARDO+Vivas&source=bl&ots=l4JRk-Vxu1&sig=nMlc76iMw0eeXBRXrMd3jWw3hf8&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi4tsjR_tLYAhUuct8KHfRJCGcQ6AEISTAK#v=onepage&q=Victoria%20Sobre%20la%20Depresi%C3%B3n.%20RICARDO%20Vivas&f=false)
- Yapko, M. (2010). *La depresión es contagiosa*. Ciudad de México, México: Pax.




## ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

### DEPRESIÓN EN INTERNAS RECLUIDAS EN EL PABELLÓN A, B, C DEL ESTABLECIMIENTO PENAL MUJERES DE CHORRILLOS

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA
<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Beck en su estudio mencionó que la depresión es un trastorno emocional en la persona y se manifiesta como un estado de abatimiento infelicidad que puede ser transitorio o permanente lo cual se manifiesta por la presencia de la tristeza perdida de interés o placer sentimiento de culpa o falta de autoestima trastorno del sueño o apetito sensación de cansancio o falta de concentración	<b>Dimensión 1:</b>	<b>Tipo:</b> descriptivo de enfoque cuantitativo.  <b>Diseño:</b> No experimental de corte transversal  <b>Población:</b> 748 internas aproximadamente en Establecimiento Penal de mujeres de chorrillos  <b>Muestra:</b> 50 internas de establecimiento penal mujeres de chorrillos  De 18 a 35 años  <b>Instrumento:</b>  Manual de calificación del Inventario de Depresión de Aron Beck -BDI elaborado por Dr. Anicama J.& Chimbimuni, A (2017).  <b>Calificación:</b> Escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta.  <b>Aplicación:</b> de 18 a 35 años.  <b>Duración</b> 15 minutos aproximadamente.  <b>Adaptado</b> al Perú por Espinoza estrada Ángela (2016) Lima sur.
¿Cuál es el nivel de depresión en internas recluidas en el pabellón A,B,C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos?	Determinar el nivel de depresión en internas recluidas en el pabellón A,B,C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos.		Área Cognitiva  Ítems:  1-2-9 – 14	
<b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>		<b>Dimensión 2:</b>	
¿Cuál es el nivel del área cognitiva en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos?	1. Identificar el nivel del área cognitiva en las internas recluidas en el pabellón A, B, C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos		Área física /conductual  Ítems:  13-8-5-3-7-6-4-10	
¿Cuál es el nivel del área física - conductual en las internas recluidas en el pabellón A,B,C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos?	2. Precisar el nivel del área física - conductual en las internas recluidas en el pabellón A,B,C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos		<b>Dimensión 3:</b>	
¿Cuál es el nivel del área afectiva - emocional en las internas recluidas en el pabellón A,B,C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos?	3. Especificar el nivel del área afectiva - emocional en las internas recluidas en el pabellón A,B,C del establecimiento penal mujeres de Chorrillos		Área Afectiva /Emocional  Ítems:  11-12-15-16-17-18-19-10-21	

## Anexo 2. Carta de aceptación



**Universidad  
Inca Garcilaso de la Vega**  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 27 de setiembre del 2017

Carta N° 2738-2017-DFPTS

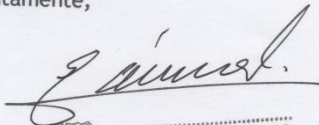
**Doctora**  
**JANY LADY AVALOS MOYA**  
**DIRECTORA**  
**ESTABLECIMIENTO PENAL MUJERES DE CHORRILLOS**


Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Heraida VALLE BEIZAGA**, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 05-039349-6, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,





**Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS**  
Decano (e)  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/erh  
Id. 745316


**E.P. MUJERES CHORRILLOS**  
**SECRETARÍA DE DIRECCIÓN**  
**RECIBIDO**  
**FECHA: 12 OCT. 2017**  
**HORA: 0900**  
**REG N°:**

8

Av. Petit Thouars 248, Lima  
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304  
E-mail: psic-soc@uigv.edu.pe

82

### Anexo 3. Carta de aceptación a la Institución

 **CARGO**  
"Año del buen servicio al ciudadano"

INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO  
E. P. DE MUJERES DE CHORRILLOS  
JEFATURA DE DIVISION DE TRATAMIENTO

Chorrillos, 16 de Octubre del 2017

**OFICIO N°409- 2017-INPE-18-231-J.D.T.**

Sra.  
**PIER CHUMBE ALEGRE**  
Jefa de Recursos Humanos del EPMCH  
Presente.-

**ASUNTO: Carta de Aceptación.**


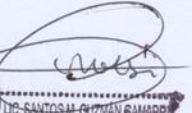
**REF.: Carta N°2738-2017-DFPTS**


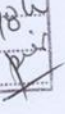
Es grato saludarla, y a la vez informarle que la Srta. HERAIDA VALLE BEIZAGA, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología, ingresará los días Martes 17, Viernes 20 y Jueves 26 de Octubre del presente año a realizar su investigación para poder optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología; según documento de la referencia que se adjunta.

Solicito a su Despacho otorgar Carta de Aceptación de la visita de la Estudiante a este EP.

Sin otro particular, sea grata la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

   
DR. SANTOS ALVARADO SAMARRA  
JEFE DE DIVISION DE TRATAMIENTO  
E.P.M. CHORRILLOS

  
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO  
E.P. MUJERES - CHORRILLOS  
RECURSOS HUMANOS  
**RECIBIDO**  
FECHA: 26 OCT. 2017  
HORA: 16:48  
REG. N°:   
FIRMA: 



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO  
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO MUJERES DE CHORRILLOS  
AREA DE RECURSOS HUMANOS

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

## **CONSTANCIA**

La que suscribe Jefe del Área de Recursos Humanos del Establecimiento Penitenciario Mujeres Chorrillos:

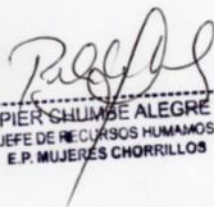
Deja constancia:

Que, la señorita **HERAIDA VALLE BEIZAGA**, identificada con DNI N°10868000, a merito del OF.N°409-2017-INPE/18-231-J.D.T de fecha 16/10/2017, ingreso al Establecimiento Penitenciario Mujeres de Chorrillos los días; 17, 20 y 26 de octubre del presente año, con la finalidad de tomar las muestras para su investigación supervisada por el área de Psicología.

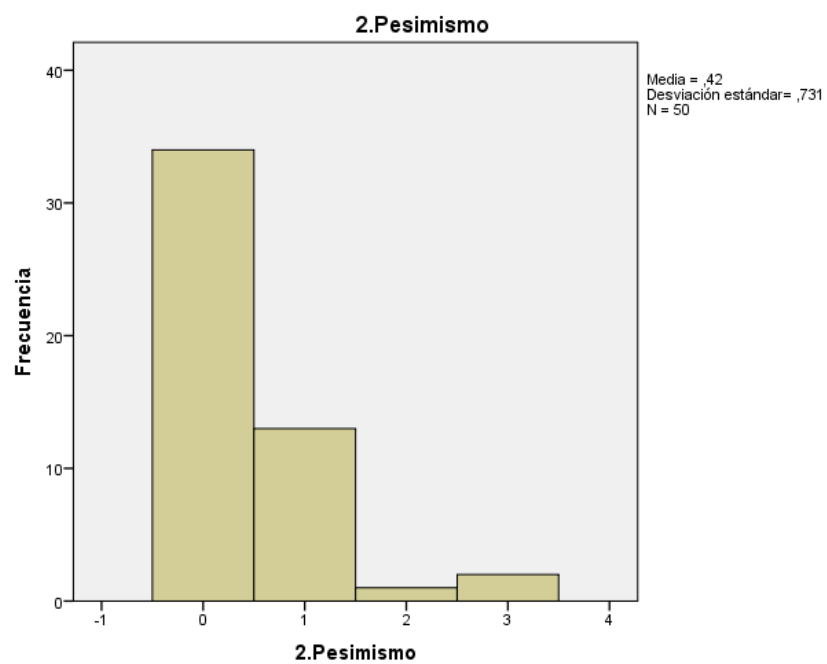
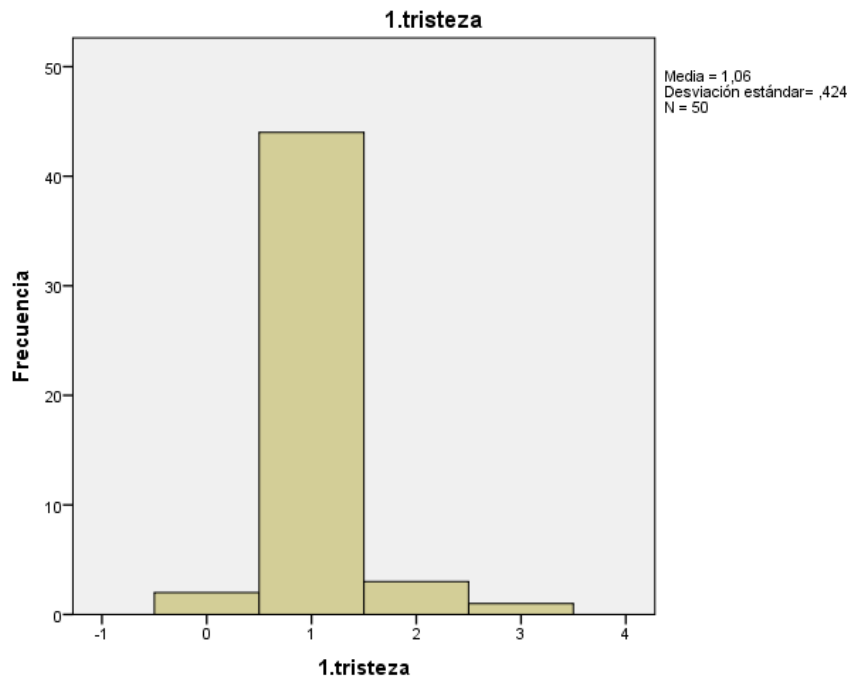
Se expide la presente constancia, para los fines que estime pertinente.

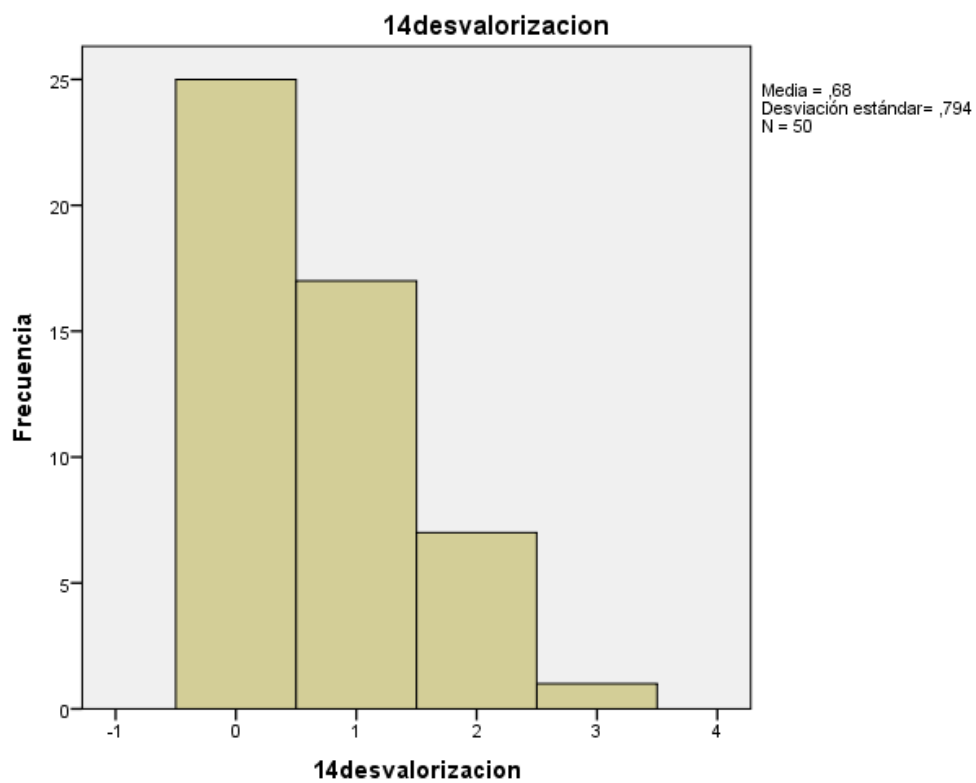
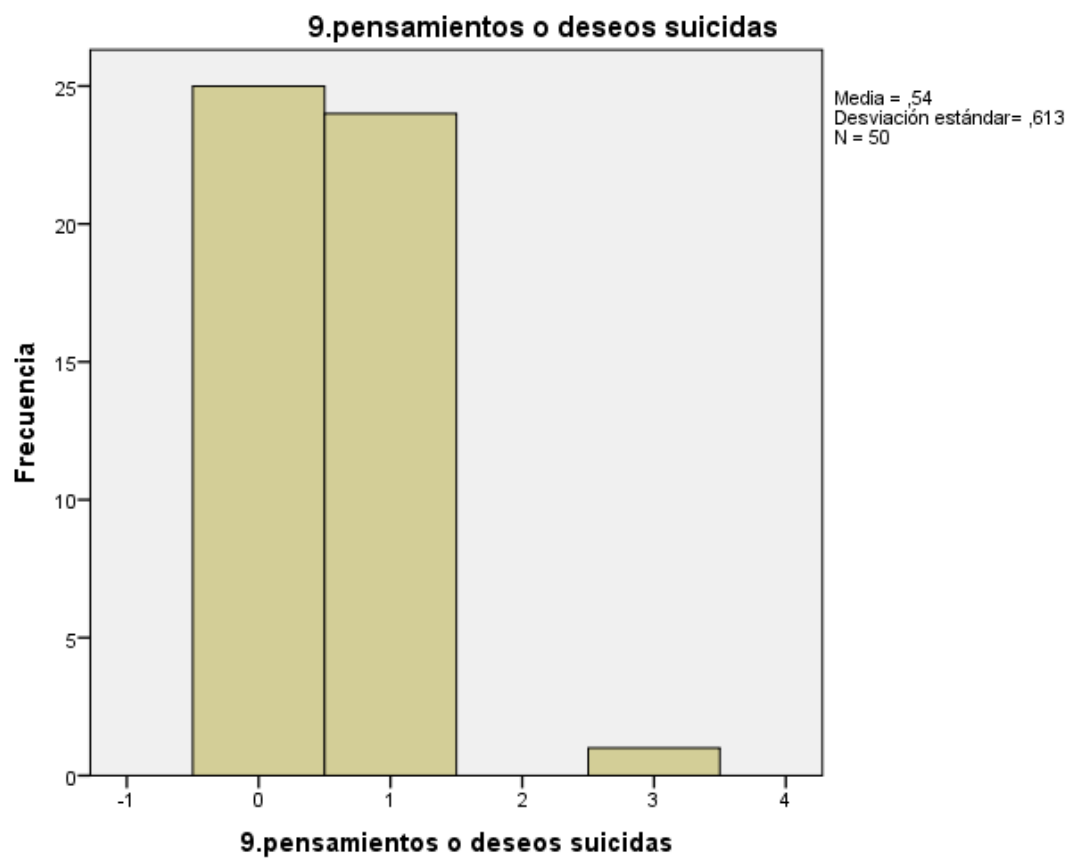
Chorrillos, 31 de Octubre del 2017.



  
PIER SHUMBE ALEGRE  
JEFE DE RECURSOS HUMANOS  
E.P. MUJERES CHORRILLOS


## Anexo 4. Tablas de dimensión área cognitiva



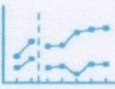




## Anexo 5. Cuestionario de Inventario de depresión



**CENTRO PERUANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS  
Y MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO**  
Peruvian Center of Psychological Research and Behavior Modification  
**CIPMOC**



**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)**  
**Espinoza (2016)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambio en el Apetito).

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo

**2. Pesimismo**

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

**3. Fracaso**

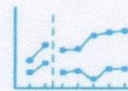
- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de placer**

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.

©CIPMOC, 1994; Anicama, J. (2011, 2013, 2017) & Chumbimuni. A. (2017)

12



**5. Sentimientos de culpa**

- 0 No me siento culpable.
- 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de castigo**

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo**

- 0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No pienso en matarme.
- 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

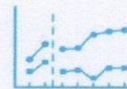
**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo usual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que antes.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que antes.
- 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.





**12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 Siento que soy valioso.
- 1 No me considero tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

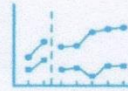
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que antes.
- 1 Estoy más irritable que antes.
- 2 Estoy mucho más irritable que antes.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.



#### **18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1aMi apetito es un poco menor que antes.
- 1bMi apetito es un poco mayor que antes.
- 2aMi apetito es mucho menor que antes.
- 2bMi apetito es mucho mayor que antes.
- 3aNo tengo apetito en absoluto.
- 3bQuiero comer todo el tiempo.

#### **19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como antes.
- 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

#### **20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

#### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.



## Anexo 6. Aplicación del Test de Inventario de Depresión Beck II – DBI-II



